

ANNÉE 1927

N°

137

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE (DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Georges-Louis GERSON

né à Paris, le 7 mars 1901,

Interne provisoire des Hôpitaux de Paris

Les Formes aiguës et subaiguës
de la

Syphilis articulaire

Président de Thèse :

M. le Professeur Fernand BEZANÇON

IMPRIMERIE « LABOR »

8, BOULEVARD DE VAUGIRARD, PARIS (XV^e)

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE (DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Georges-Louis GERSON

né à Paris, le 7 mars 1901,

Interne provisoire des Hôpitaux de Paris

Les Formes aiguës et subaiguës

de la

Syphilis articulaire

Président de Thèse :

M. le Professeur Fernand BEZANÇON

IMPRIMERIE « LABOR »

8, BOULEVARD DE VAUGIRARD, PARIS (XV^e)

LE DOYEN..... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	Marcel LABBE.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECENE.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
	GILBERT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	JEANSELME.
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN.
	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.....	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique.....	GOSSET.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Professeur sans chaire.....	ROUVIERE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Pathologie médicale.....	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale.....	ALGLAVE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale.....	BASSET.
Pathologie médicale.....	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique.....	BLANCHETIERE.
Histologie	BRANCA.
Pathologie médicale.....	BRULE.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Histologie	CHAMPY.
Pathologie médicale.....	CHIRAY.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Hygiène	DEBRE.
Anatomie pathologique.....	I. de JONG.
Médecine légale.....	DUVOIR.
Obstétrique	ECALLÉ.

Pathologie médicale.....	PIESSINGER.
Pathologie médicale.....	FOIX.
Pathologie expérimentale.....	GARNIER.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique.....	LABBE (Henri).
Pathologie chirurgicale.....	LARDENNOIS.
Obstétrique	LE LORIER.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Obstétrique	LEVY-SOLAL.
Pathologie mentale.....	LHERMITTE.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pathologie chirurgicale.....	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale.....	MOCQUOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie	MULON.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie médicale.....	RIBIERRE.
Physiologie	RICHT Fils.
Pathologie médicale.....	TANON.
Obstétrique	VAUDESCAL.
Histologie	VERNE.
Pathologie médicale.....	VILLARET.
Ophtalmologie.....	VELTER.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE *pour le service des examens*

Pathologie médicale.....	MM.
Obstétrique	GOUGEROT.
Histologie	GUENIOT.
	RETTERRER.

IV. AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE *à titre permanent*

Clinique chirurgicale	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique médicale	CHEVASSU.
Clinique médicale infantile	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique médicale	LEREBoullet.
Clinique médicale	LERI.
Clinique médicale	LÉPER.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.

V. — CHARGES DE COURS

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MM.
Stomatologie	MAUCLAIRE, agrégé.
Education physique.....	FREY.
Radiologie clinique.....	CHAILLEY-BERT.
	LEDoux-LEBARD.

Par déclaration en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A LA MÉMOIRE

du Docteur D. GOLDSCHMIDT (1832-1926)

Mon Grand-Père,

du Docteur Th. REBLAUD (1860-1923)

Mon Oncle.

A MON PÈRE

Le Docteur N. GERSON

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur Fernand BEZANÇON

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

Membre de l'Académie de Médecine

Hommage de respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il a bien voulu me faire en acceptant la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE

M. le Professeur agrégé Ch. AUBERTIN

Médecin de l'Hôpital de la Pitié.

*Qui m'a inspiré ce travail, et à qui
je resterai toujours reconnaissant de
la grande bienveillance qu'il n'a cessé
de me témoigner.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

*MM. Le Professeur A. CHAUFFARD (1919-20).
Le Docteur F. RAMOND (1920-21).*

Externat :

*MM. Le Professeur agrégé R. PROUST (1921-22).
Le Professeur Fernand WIDAL (1922-23).
Le Professeur Fernand BEZANÇON (1923-24).
Le Docteur LOUSTE (1924-25).*

Internat provisoire :

*MM. Le Professeur agrégé M. CHIRAY (1925).
Le Docteur CHABROL (1926).
Le Professeur agrégé Ch. AUBERTIN (1926).
Le Professeur agrégé HEITZ-BOYER (1926).*

A MES AUTRES MAITRES :

M. le Professeur agrégé M. BRULE ; MM. les Docteurs E. MAY, M. P. WEIL, ALAJOUANINE, Médecins des Hôpitaux ; BOPPE, Chirurgien des Hôpitaux ; René BLOCH.

INTRODUCTION

Intérêt pratique et théorique de la syphilis articulaire

La notion de la multiplicité des formes cliniques que peut revêtir la syphilis articulaire est déjà ancienne. A propos d'une observation inédite que notre maître, M. le Professeur agrégé Aubertin, a bien voulu nous communiquer et que nous reproduisons dans ce travail, nous avons été amené, sur son conseil, à revoir les observations déjà publiées et les commentaires qui les accompagnent.

Du point de vue pratique, nous avons été très rapidement frappé, dans cette étude, par deux faits, en apparence seulement contradictoires : l'intérêt relativement faible de la seméiologie des manifestations articulaires aiguës de la syphilis, l'intérêt considérable de leur diagnostic étiologique. On peut bien, en effet, discerner dans ces observations de rhumatisme ou d'arthrite quelques symptômes particuliers à la syphilis — par exemple le maximum nocturne des algies, l'absence relative de réaction fébrile. Mais, en réalité, il se dégage de l'ensemble des faits cliniques, une notion seméiologique fondamentale : *la syphilis peut réaliser toutes les formes de rhumatisme aigu ou chronique*. Parfois patente, d'autres fois occulte, acquise ou héréditaire, il n'est pas de forme clinique, si grave ou si bénigne, qu'elle ne sache réaliser. Tous les symptômes sont variables, inconstants. Les notions d'âge, d'antécédents sont parfois utiles au

diagnostic, mais souvent absentes. Aussi, faire la description du rhumatisme syphilitique, c'est reproduire toutes les formes du rhumatisme aigu ou chronique en général.

En face de ce fait fondamental, et sur lequel on n'a pas assez insisté, il en est un autre, bien connu celui-là, et tout aussi important : la nécessité de penser à la syphilis, de *pratiquer en face de tout rhumatisme une enquête clinique et surtout une série d'examens de laboratoire*. Parmi ceux-ci la première place est à la sérologie; l'examen des épanchements articulaires est également très important et a été fort bien étudié dans de nombreux travaux. L'examen radiologique a été par contre un peu négligé. L'observation que nous apportons mettra en valeur certains renseignements qu'il peut donner.

Quant à l'épreuve thérapeutique, on verra qu'elle est sujette à discussion. Son importance pratique n'en reste pas moins de premier ordre.

L'intérêt de la question des arthrites et du rhumatisme d'origine syphilitique est donc grand, malgré la rareté relative de ces localisations, du moins en France. Il s'agit là, au premier chef, d'un terrain où la syphilis s'introduit seulement. Il est à prévoir que sa place y deviendra de plus en plus considérable, à mesure qu'on la recherchera davantage.

A côté de l'intérêt pratique de l'établissement du diagnostic, fondement d'un traitement utile, l'intérêt théorique de ces manifestations articulaires n'est pas moindre.

Tout d'abord la coexistence de douleurs rhumatoïdes,

d'un pseudo-rhumatisme, avec une affection générale n'est pas particulière à la syphilis — et, d'une façon plus précise, la coexistence d'éruption cutanée (ou d'affection à manifestation cutanée) avec des phénomènes articulaires est fréquente : citons la scarlatine, la varicelle, dont les pseudo-rhumatismes sont bien connus. Ils apparaissent soit en même temps que l'éruption, soit, plus volontiers, pendant la convalescence. Dans d'autres affections, telles que l'érythème noueux, la coexistence est la règle. Nous retrouverons ces deux possibilités dans le rhumatisme syphilitique.

Ce syndrome articulaire et cutané existe aussi dans nombre d'intoxications : maladie sérique, accidents novarsenicaux par exemple, sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir.

Les séreuses articulaires ont-elles une analogie fonctionnelle ou physiologique avec la peau? N'y a-t-il pas là plutôt une analogie de distribution nerveuse, d'innervation sympathique? L'existence très fréquente et très remarquable de la *symétrie* des atteintes articulaires dans la syphilis, qu'on a notée dans toutes les formes cliniques (et qui a, de ce fait, une valeur diagnostique) peut y faire songer. Pour notre part, nous envisageons de préférence l'analogie de constitution et de développement embryologique qui existe entre la synoviale articulaire et les vaisseaux sanguins. Il est évident qu'on ne saurait tout expliquer ainsi et que d'autres éléments entrent en jeu, comme nous aurons l'occasion de l'exposer. Il n'y a là, certes, que des hypothèses : elles suffisent à légitimer l'étude des manifestations articulaires de la syphilis.

Un deuxième point intéressant au point de vue théorique est *la précocité des manifestations articulaires dans la syphilis*. Il peut paraître surprenant, au premier abord, de voir des arthralgies (il est rare de voir des manifestations plus sérieuses se constituer à ce stade) précéder le chancre. Si le fait n'est pas très fréquent, il existe incontestablement, surtout quand l'incubation est longue (Voisin), cela se conçoit. Mais cette condition n'est pas indispensable. Il n'y a pas là un fait isolé dans l'histoire des manifestations précoces de la syphilis. On a cité, par exemple, des cas d'ictère contemporains du chancre (Louste, Thibaut et Mlle Tisserand, Milian, Gastou et Tissot). On sait que la septicémie suit de près l'inoculation (Neisser), que l'excision très précoce du chancre n'empêche pas l'infection de se développer. Ces notions obligent à situer très précocement la phase de généralisation de l'effection, ce qui, d'ailleurs, concorde bien avec la précocité de l'immunisation contre les réinfections. Elles obligent encore à se demander quelle est la pathogénie du chancre syphilitique. Il peut être considéré, en quelque sorte, comme une réaction de l'organisme comparable au phénomène d'Arthus.

Ces considérations n'ont pas seulement un intérêt spéculatif et présentent, cela va de soi, une importance considérable au point de vue de la thérapeutique d'assaut de la syphilis et amènent à poser, une fois de plus, le problème ardu de son traitement abortif.

Un dernier point que nous tenons à souligner est celui : dans l'étude des manifestations articulaires de la syphilis on saisit sur le vif l'incertitude, la fragilité de toutes nos idées sur la pathologie de la syphilis : l'étiolo-

logie de ces manifestations articulaires, leur pathogénie très obscure, les cas intriqués avec les traumatismes, si justement soulignés par Broca, la confusion (que nous étudions plus loin) entre le tertiarisme et le secundarisme, posent non seulement des questions d'un intérêt pratique immédiat, mais aussi soulèvent des problèmes de pathologie générale considérables. Nous nous engagerons sur ce terrain et non pas seulement sur celui de la clinique pure, longuement étudiée déjà par nos devanciers.

CHAPITRE I

CADRES DE CE TRAVAIL

La nature même de l'observation que nous apportons, et qui est une forme subaiguë, suffirait à justifier le titre de ce travail. Il est d'autres raisons pour lesquelles nous avons cru bon de ne pas entrer dans l'étude des formes chroniques de la syphilis articulaire. Tout d'abord le classement habituellement admis pour elles, à l'encontre de celui des formes aiguës, nous a paru fort simple et satisfaisant. Elles sont étudiées et cataloguées depuis longtemps. Le rhumatisme chronique syphilitique lui-même est maintenant assez bien connu. L'intérêt clinique et théorique de ces formes chroniques, pour grand qu'il soit, est de caractère tout différent de celui que présentent les formes aiguës ou subaiguës. A elles seules, elles nécessiteraient un travail d'ensemble. Nous insisterons seulement sur les formes subaiguës qui passent à la chronicité : il y a là un fait des plus intéressants, tant pour la question générale de l'avenir des rhumatismes (ou pseudo-rhumatismes) aigus qu'au point de vue de la thérapeutique.

Par contre nous n'avons pas éliminé l'hérédo-syphilis articulaire, car elle peut réaliser les mêmes tableaux aigus et subaigus que la syphilis acquise. Cette distinction eût été arbitraire, purement théorique, artificielle-

ment tracée, comme dit Morestin, et comme l'examen de l'observation que nous apportons suffira à le montrer.

RAPPEL D'HISTORIQUE

En relisant les travaux, assez nombreux, déjà publiés nous avons constaté que, sauf pour un petit nombre de travaux récents (Thèse Rougier, par exemple), tous les auteurs ont reproduit le classement établi par Fournier et qui est devenu classique. Avant lui, en effet, ces manifestations ont été imparfaitement étudiées. Nous ne ferons que citer tous ces travaux déjà anciens et dont les plus importants sont les mémoires de Chomel (1837) et de Richet (1853). Panas, Verneuil, Lancereaux surtout en font l'étude.

C'est Fournier, dans ses leçons, puis son élève Vaffier, dans sa thèse, qui en font la première étude consciencieuse et complète, étude qui a servi de modèle à tous ceux qui ont écrit depuis. Ses descriptions cliniques sont justement célèbres. Dauzats, Voisin, Plateau, Bouilly dans leurs thèses, apportent des éléments très intéressants. Gaucher attire l'attention sur les lésions des épiphyses, fait que nous retrouverons dans notre observation et que Richet avait déjà pressenti.

Depuis, les travaux se sont multipliés en France comme à l'étranger (Clutton, Giess, etc.). On a surtout fouillé les cas où la syphilis héréditaire est en jeu.

Une mention toute spéciale doit être réservée à la thèse de Fouquet (1905), travail d'ensemble très remarquable.

CLASSEMENT DES MANIFESTATIONS ARTICULAIRES DE LA SYPHILIS

Justification d'un classement différent de celui des classiques.

Le classement proposé par Fournier, complété par Fouquet, est le suivant :

PÉRIODE SECONDAIRE :

I. *L'arthralgie.*

II. *La synovite subaiguë.*

III. *La synovite chronique ou hydarthrose secondaire.*

PÉRIODE TERTIAIRE.

I. *L'ostéo-chondro-arthropathie, ou pseudo-tumeur blanche syphilitique.*

II. *L'infiltration gommeuse pérисynoviale ou pérисynovite gommeuse.*

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE.

Le type de rhumatisme déformant, décrit plus récemment, se place dans la période tertiaire.

En 1901, Morestin écrivait à propos de cette classification : « Cette division a été critiquée, un peu sévèrement à notre avis, car elle répond assez bien aux situations cliniques. Il est vrai que les faits de transition sont nombreux et qu'il est malaisé de les faire entrer dans une période ou dans une autre. » Il reconnaît, d'ailleurs, que « les limites et les périodes sont toujours artificiellement tracées. » Cette division n'en aboutit pas moins à établir toute une série de distinctions dont la base est plus théorique que clinique :

1° Distinction entre les manifestations secondaires et tertiaires ;

2° Distinction entre les manifestations aiguës et certaines formes chroniques ;

3° Distinction entre syphilis acquise et syphilis héréditaire.

Premier point : *la distinction entre les manifestations secondaires et tertiaires nous paraît peu solide.*

Dans certains cas secundarisme ou tertiarisme sont évidents, en particulier en présence de manifestations cutanées caractéristiques. Il n'en est pas toujours ainsi. Fournier, lui-même, définit bien difficilement ce qu'on est convenu de nommer la période tertiaire.

Dans un article très documenté Lacapère et Laurent indiquent toute une série de faits qu'ils ont observés chez les indigènes de Fez. Les accidents de la syphilis articulaire à la période secondaire (chez l'indigène, qui ne se soigne pas) évoluent de deux façons :

« Tantôt, écrivent-ils, l'aggravation des lésions réa-
« lise au bout de quelques années le type des ostéo-ar-
« thrites tertiaires suppurées ; tantôt un processus de
« guérison spontanée détermine la production d'une
« ankylose progressive de l'articulation.

« Les formes d'arthralgies et d'arthrites subaiguës
« évoluent de préférence vers l'arthropathie suppurée. »

Suppuration (ou pseudo-suppuration gommeuse), sclérose, ce sont bien là, selon la définition de Fournier, des phénomènes tertiaires. Nous citerons plus loin des cas qui ont évolué de la sorte. Les mêmes auteurs disent, d'ailleurs, avoir observé dans la syphilis deux types cliniques de manifestations : les unes identiques à celles de la période secondaire, les autres à proprement parler tertiaires. Les premières sont :

Ou bien « des manifestations secondaires ayant persisté jusqu'à la période tertiaire. Cette éventualité est « sans doute très rare, étant donné la durée de la période secondaire chez l'indigène. »

Ou bien « il s'agit de manifestations apparues pendant la période tertiaire. C'est de beaucoup l'hypothèse la plus vraisemblable, car on voit souvent des « manifestations articulaires de date récente qui coexistent avec des accidents cutanés très anciens. » C'est uniquement par les lésions associées que les auteurs les différencient, ce qui suffit à démontrer la fragilité de la distinction. Ils ont vu 11 cas d'arthralgies sans lésion, 7 cas d'arthrites subaiguës fluxionnaires. Elles « paraissent évoluer absolument comme les lésions secondaires correspondantes. Elles sont donc entièrement « superposables. »

On ne saurait mieux dire ; les auteurs conservent néanmoins cette distinction dans leur description. Nous avons rencontré des cas nombreux sur le classement desquels les avis diffèrent (l'obs. 2 est classée comme secondaire par Fouquet. Plateau cite un cas de syphilis tertiaire que le même auteur qualifie de secondaire. Duffin cite un cas d'arthralgies secondaires (?) 8 ans après le chancre. L'obs. 23 ne peut trouver place dans cette classification, etc.)

En somme : nous devons renoncer à distinguer *syphilis articulaire secondaire* et *syphilis articulaire tertiaire*. Ajoutons qu'au point de vue de la pathologie générale, cette séparation est assez discutable.

2^e point : les formes aiguës et les formes chroniques sont difficiles à délimiter. Par exemple, une observa-

tion de Singer qui relate un cas nettement chronique est classée par Fouquet dans les formes subaiguës. Nous citerons des cas d'hydarthroses aiguës classées comme chroniques par les auteurs. A la lecture des observations d'ostéo-arthrites tertiaires il semble, d'ailleurs, que, dans bien des cas, devant le tableau initial, on aurait posé le diagnostic de forme subaiguë ou aiguë. Aussi, puisque nous adoptons cette distinction comme la plus simple, décrivons-nous à part une catégorie d'arthropathies aiguës évoluant vers la chronicité. Il est certain qu'en l'absence de traitement, ces formes seraient nombreuses en France comme elles le sont au Maroc (Lacapère et Laurent). *La difficulté de séparer les formes aiguës des chroniques ne s'oppose pas, en somme, à ce que cette distinction serve de base à une classification simple.*

3^e point : *La syphilis articulaire héréditaire est très analogue à la syphilis articulaire acquise, et la distinction classique n'est pas toujours bien clinique. Aussi n'est-ce que pour en mieux montrer l'analogie que nous les décrivons, suivant la tradition, séparément.*

Divers auteurs ont voulu modifier la classification de Fournier. Arcy Powers en donne une, en apparence nouvelle, qu'adopte Alan H. Todd dans une leçon récente. Elle n'est pas plus avantageuse.

Rougier a distingué des formes médicales et chirurgicales. Cette distinction ne paraît pas fort aisée à conserver. D'autres (G. Dreyfus et P. Bourgeois) ont distingué des formes classiques, curables, évolutives, qu'ils opposent au rhumatisme chronique dont la spécificité serait douteuse. Or, il paraît bien établi qu'il existe un

rhumatisme chronique (ankylosant ou déformant) syphilitique, curable dans certains cas (Dufour).

Pour conclure cette longue, mais nécessaire discussion, nous proposons la classification suivante, clinique et simple, qui ne préjuge de rien, ce qui est bien préférable, au point de vue diagnostique principalement :

FORMES SUBAIGUES ET AIGUES.

I. *Arthralgies.*

II. *Arthrites subaiguës et aiguës (1).*

a. *Formes monoarticulaires*, rappelant le rhumatisme gonococcique ou une forme fruste de rhumatisme articulaire aigu.

b. *Formes hydarthrosiques subaiguës.*

c. *Formes polyarticulaires*, simulant le rhumatisme articulaire aigu. Nous y rattacherons les *formes polymorphes* ou intriquées avec d'autres manifestations sur les synoviales, les muscles, etc.

III. *Formes aiguës suppurées.*

IV. *Formes évoluant vers la chronicité.*

FORMES CHRONIQUES (2).

I. *Hydarthroses chroniques* soit secondaires (type classique) souvent bilatérales (type Clutton).

II. *Ostéo-chondro-arthropathies chroniques* (pseudo-tumeurs blanches, type Virchow des Anglais).

III. *Périsynovite gommeuse* (type Fouquet).

(1) Nous supprimons le terme synovite, qui peut prêter à confusion.

(2) Que nous n'étudions pas ici.

IV. *Rhumatisme chronique à type déformant ou ankylosant.*

Quant aux arthropathies tabétiques, leur nature est encore discutée. Il nous semble difficile d'en faire, comme les auteurs anglais, une forme de syphilis tertiaire. Nous verrons que, là aussi, on peut distinguer des formes aiguës et des formes chroniques. Nous en discuterons le classement plus loin.

Comme nous l'avons déjà dit, c'est à dessein que nous ne créons pas, pour la syphilis héréditaire, une classe spéciale, quoique nous la décrivions séparément dans ce travail.

CHAPITRE II

OBSERVATION I

(Communiquée par M. le Professeur agrégé
Ch. AUBERTIN, inédite)

— M... François, jardinier, âgé de 22 ans, entre le 17 septembre 1926, dans le service du Docteur Aubertin, pour des douleurs et de l'impotence du poignet de la main droite.

L'*histoire de l'affection* montre qu'elle est de date récente : depuis 2 jours seulement le malade souffre du poignet droit. Le poignet, d'abord douloureux, a ensuite augmenté de volume et est devenu rouge ainsi que le dos de la main. Le malade ne peut porter ni soulever un objet, ni même fléchir ou étendre la main sans éprouver de vives douleurs. Il souffre de façon permanente sans recrudescence vespérale ou nocturne.

L'*examen* montre une main énorme, en battoir, rouge jusqu'au poignet. L'avant-bras est normal. La rougeur et le gonflement atteignent avant tout le dos de la main, la paume est indemne. Au contraire, on peut y noter la diminution considérable des reliefs thénarien et hypothénarien, par atrophie musculaire précoce. Si la paume n'est pas œdématiée, le gonflement s'étend, par contre, à la face dorsale des doigts; leur coloration est cependant normale, s'opposant ainsi au dos de la main qui est nettement rosé, plutôt que véritablement rouge.

L'*examen de l'impotence fonctionnelle* montre un certain nombre de caractères importants pour préciser la localisation de l'affection : l'impotence est avant tout carpienne et non radio-carpienne. Le malade peut légèrement mobiliser en bloc toute la main. Il semble d'ailleurs que cette impotence soit surtout liée à la douleur qui est très intense. Fait important : les doigts sont mobiles et seulement gênés par l'œdème.

Le *palper* montre tout d'abord une élévation notable de la température locale. Il permet ensuite de distinguer dans le gonflement deux éléments :

D'une part, de l'*œdème mou, douloureux*, gardant le godet ;

D'autre part, un élément profond, plus difficile à mettre en évidence. C'est un gonflement dur, résistant, comme tenant à l'os.

Le palper permet enfin de préciser la *topographie* des articula-

tions atteintes : toute la région carpienne est douloureuse, les os sont impossibles à individualiser et semblent soudés en un bloc compact. Le maximum douloureux semble siéger au niveau des articulations carpo-métacarpiennes. Par contre, la radio-carpienne est indemne de douleur vive au palper. Elle est d'ailleurs à la limite du gonflement.

L'examen local ne permet pas d'autre constatation. En particulier *pas de ganglions* dans le territoire correspondant. Pas de ganglion épitrochléen ni axillaire.

L'*examen général* montre un malade floride, pas de fièvre, rien dans les urines.

Le *diagnostic d'ostéoarthrite aiguë* s'impose, malgré l'apyrexie. Les gaines tendineuses sont hors de cause, du fait de l'intégrité des mouvements des doigts et de celle de la paume de la main.

Reste à *chercher l'étiologie* de l'affection :

La première idée est le début d'une crise de *rhumatisme articulaire aigu*. A cet égard, l'interrogatoire fournit un élément important, c'est l'existence d'une *phase d'arthralgies* fugaces ayant duré 48 heures et ayant précédé de 6 jours l'apparition de l'arthrite : ces arthralgies ont atteint uniquement les épaules. Leur intensité ne paraît pas avoir été considérable. Actuellement, les épaules sont normales, ni douloureuses, ni gênées dans leurs mouvements. L'examen général des articulations, pratiqué en même temps, les montre toutes normales.

L'interrogatoire montre, d'autre part, que c'est la première crise que présente le malade. Celui-ci est sans antécédents pathologiques notables, d'ailleurs. Son cœur est normal. Ajoutons que l'évolution montrera l'inefficacité absolue du salicylate de soude.

On a recherché les antécédents du malade dans d'autres directions.

Le malade *n'a pas présenté de blennorrhagie* dans le passé. Il n'existe pas d'écoulement urétral et l'urèthre est normal. Les urines sont limpides.

Pas davantage d'antécédents tuberculeux ni personnels, ni familiaux. Rien à l'auscultation. La radiographie a été cependant pratiquée. Elle a montré un voile sur le sommet droit, sans plus.

La syphilis a été également recherchée. Pas de chancre avoué, pas de cicatrices suspectes, pas de signes d'hérédosyphilis : ni dystrophie osseuse, ni dystrophie dentaire, ni antécédents pathologiques quelconque pouvant la faire soupçonner. Ajoutons que les réflexes tendineux et oculaires sont normaux.

L'enquête familiale est négative. Les parents sont bien portants et le malade est célibataire.

La radiographie a été pratiquée. Elle montre des altérations osseuses indiscutables, que nous décrivons plus loin, et qui évoquent plutôt l'idée de tuberculose ostéo-articulaire.

L'évolution de l'affection est, par contre, bien spéciale et c'est elle qui permet un diagnostic précis, que l'observation prise à l'entrée laissait en suspens :

Du 17 septembre au 22 septembre, le malade reçoit 6 grammes par jour de *salicylate de soude*, puis, à partir de cette date jusqu'au 30 septembre, 8 grammes par jour. En outre, enveloppements locaux au salicylate de méthyle. Le 30 septembre, l'état est stationnaire, *l'effet du traitement nul*. L'aspect est aussi aigu, les douleurs identiques, l'atrophie musculaire a même augmenté.

C'est alors que, le 1^{er} octobre, on pratique l'examen du sérum qui donne :

Réaction de Bordet-Wassermann : Ho-Ho.

Réaction de Bauer : Ho-Ho.

Devant ce résultat très positif, le malade est mis au *traitement arsenical* intraveineux. Du 5 octobre au 8 novembre, il reçoit successivement 0 gr. 15, 0 gr. 30, 0 gr. 45, 0 gr. 60, 0 gr. 75, 0 gr. 90 et 0 gr. 90 de Novarsénobenzol. Il sort de l'hôpital le 10 novembre et revient encore deux fois le 15 et le 22 novembre recevoir deux injections de 0 gr. 90, soit au total : 5 gr. 85.

L'action est rapide, au point que le malade sort de l'hôpital avant la fin de la série.

Le novarsénobenzol a été bien supporté — sans incident ni poussée thermique. Dès la 3^e piqûre, l'amélioration se dessine. L'œdème disparaît d'abord, puis la douleur, enfin l'impotence.

Dans cette évolution, divers points méritent d'être soulignés :

1° Le fait que les doigts recouvrent l'intégrité de leurs mouvements dès la disparition de l'œdème. Les gaines étaient évidemment indemnes.

2° La persistance de la tuméfaction profonde après la disparition de l'œdème qui la masquait. En effet, on revoit le malade le 22 novembre, date de la dernière piqûre : on constate alors l'intégrité de la radio-carpienne et le maximum de la tuméfaction au niveau de la partie distale du carpe. Le malade maintient encore ses doigts en extension et la flexion des doigts sur la main est encore limitée, quoique possible. Le malade ne souffre plus, l'atrophie musculaire est en régression. Au palper, l'épaississement du carpe est considérable par rapport au côté opposé. Il tend d'ailleurs à diminuer nettement. Enfin, le 18 novembre, on pratique un examen du sang qui, effectué comme le précédent

et au même laboratoire, donne deux réactions complètement négatives.

Le malade n'a plus été revu depuis sa dernière piqûre. Il n'a malheureusement pas été possible de faire une nouvelle radiographie.

EXAMEN DE LA RADIOGRAPHIE

C'est surtout la radiographie de face qui est intéressante ici. Elle permet de constater au niveau du carpe droit, par comparaison avec la main gauche, un flou général, alors que la partie inférieure de l'avant-bras et les phalanges sont, par la transparence et par la netteté, identiques des deux côtés. L'examen détaillé montre toute une série de modifications osseuses, ayant leur maximum au niveau de l'articulation carpo-métacarpienne. A ce niveau l'interligne est difficile à dessiner et il faut un bon éclairage pour le trouver. Il est rétréci, mais n'est supprimé nulle part, fait important pour le diagnostic.

Sur chaque berge de l'interligne, les os sont transparents et présentent un aspect de grisaille uniforme. La tête des quatre derniers métacarpiens est floue. Les travées osseuses sont de plus en plus indistinctes à mesure qu'on approche de l'interligne. Elles sont plus transparentes que du côté opposé, alors que, au contraire, les vacuoles qu'elles limitent sont plus opaques : d'où l'impression d'une grisaille d'ensemble. Les couches corticales compactes diaphysaires des métacarpiens s'arrêtent plus haut que normalement et semblent se résoudre brusquement en travées fibreuses très fines qui se perdent dans l'épiphyse, alors que du côté sain, les couches corticales compactes ont leurs courbes régulières habituelles. Les articulations intermétacarpiennes ont cependant leurs interlignes respectés, quoique flous.

Sur la face cubitale du 3^e métacarpien, on note une modification du périoste qui paraît soulevé ou décollé sur une longueur de 2 cm. D'autre part, la diaphyse du 5^e métacarpien est un peu élargie à 3 cm. au-dessous de l'interligne carpo-métacarpien.

Les mêmes aspects de flou osseux se rencontrent au niveau de tous les os de la 2^e rangée du carpe, sauf en sa partie toute externe. La moitié externe du trapèze est normale et l'articulation trapèzo-métacarpienne absolument indemne. Le premier métacarpien est normal. On devine à peine les articulations qui séparent les os de la 2^e rangée du carpe. Par contre, l'articulation qui sépare les deux rangées carpiennes, est presque normale, un peu rétrécie cependant. Les os de la première rangée du carpe



M. J. M. M.

Radiographie de deux mains, de face, prise le 19 octobre 1926

sont beaucoup moins atteints. Le pyramidal et le pisiforme sont quasi-normaux, le semi-lunaire un peu flou, de même que le scaphoïde, plus atteint au niveau de son tubercule. La tête du grand os et surtout le semi-lunaire ont leur couche corticale intacte qui tranche en noir sur le flou général.

L'articulation radio-carpienne est normale ; le radius également, sauf au niveau de son apophyse styloïde, qui est floue et un peu épaissie. Le cubitus semble élargi à son extrémité inférieure, surtout au niveau de la styloïde. Quoique sensiblement normales, les épiphyses radiale et cubitale présentent cependant, par rapport au côté opposé, une légère hypertransparence.

La radiographie de profil n'ajoute que peu de chose à ces constatations. On y note un épaississement notable du carpe et des épiphyses radiale et cubitale.

En résumé, ces radiographies permettent de constater :

1° UNE DÉCALCIFICATION extrêmement marquée, prédominante au niveau de la région carpienne moyenne et s'étendant du côté proximal jusqu'aux épiphyses radiale et cubitale et du côté distal jusqu'aux diaphyses métacarpiennes. Certains os du carpe ont gardé leurs couches corticales presque intactes.

2° DES LÉSIONS OSSEUSES LOCALISÉES sur les métacarpiens et les apophyses styloïdes radiale et cubitale, c'est-à-dire à la périphérie des lésions principales.

3° UNE CONSERVATION RELATIVE DES INTERLIGNES ARTICULAIRES.
— En effet, à côté des lésions osseuses considérables qu'on peut noter, on retrouve partout l'interligne articulaire, parfois un peu rétréci, mais non comblé. Son manque de netteté provient avant tout de la décalcification des os qui le limitent. Ce fait est d'une importance assez grande pour le diagnostic différentiel avec la tuberculose ostéo-articulaire.

Cet examen a été rédigé d'après le négatif radiographique. Nombre de détails sont estompés dans la reproduction que nous publions. Nous tenons à remercier ici M. le Docteur Lepennetier, radiologiste des hôpitaux, qui a bien voulu relire et corriger notre description radiologique.

Nous serons brefs de commentaires sur cette observation que nous discuterons plus loin. Nous soulignerons seulement les points suivants :

1. Il s'agit d'une forme rare de rhumatisme syphilitique. L'erreur de diagnostic était fatale au début. Nous y reviendrons.

2. Il a été impossible de trouver une autre trace de syphilis que le stigmaté sérologique.

3. L'aspect radiologique est du plus grand intérêt. Il faut souligner le fait qu'il s'agit d'une atteinte *régionale* du carpe, que les lésions osseuses sont assez considérables pour une affection de date récente. Il s'agit d'*ostéite raréfiante avec conservation des interlignes*. Ces constatations sont délicates et plusieurs radiographies, sur le seul aspect radiologique, ont posé le diagnostic de tuberculose. Ils ont reconnu, cependant, la valeur de cette conservation de l'interligne.

Notre maître, M. le Professeur agrégé Aubertin, a soumis cette radiographie à un de ses collègues, chef d'un service de chirurgie infantile, qui a fait le même diagnostic radiologique. Il est donc souhaitable qu'une étude soit faite par un radiologiste avec des documents plus nombreux.

4. Enfin, il nous a été impossible de classer cette observation dans le cadre proposé par Fournier, ce qui nous a conduit à une classification différente.

CHAPITRE III

Syphilis acquise

LES ARTHRALGIES

Les arthralgies ont été bien décrites en clinique par Fournier dans ses leçons cliniques et son livre sur la syphilis. Morestin a complété ce tableau déjà si précis et si exact. P. Blum en a donné une bonne étude récemment.

DÉFINITION. — « *Arthralgie*, le mot résume tout le chapitre », écrit Morestin. Rien n'est plus exact, et c'est ce qui permet de séparer les arthralgies des arthrites. En dehors de la douleur spontanée et provoquée, il n'y a pas de signes physiques. Cependant M. P. Weil et P. Bourgeois admettent la possibilité d'un léger œdème péri-articulaire et quelquefois un aspect succulent de la main et des doigts. Ils ajoutent que cet aspect est bien différent de celui d'une arthrite. Ménard et Mozer admettent un épaississement synovial perceptible à la palpation de certaines articulations (genou) et dans d'autres cas un allongement consécutif du tibia qui traduirait après coup l'atteinte osseuse passée inaperçue.

Par contre, la plupart des auteurs insistent sur le fait qu'on ne constate absolument rien, et il semble que l'absence habituelle de séquelles soit en leur faveur.

Nous examinerons successivement les *conditions d'apparition*, les *localisations*, la *clinique*, la *radiologie*, et surtout l'*évolution* de ces arthralgies.

CONDITIONS D'APPARITION

On observe les arthralgies avant tout au cours de la syphilis secondaire. On les verra donc, comme la majorité des syphilis récentes, chez des sujets jeunes, avant tout entre 20 et 30 ans, alors que les arthrites sont fréquentes après 30 ans. La plus grande fréquence chez la femme, signalée par les classiques, n'est pas certaine.

Quant à la fréquence absolue, les statistiques sont trop variables pour qu'on en fasse état : « avec la céphalée et les myalgies, écrit P. Blum, ce sont les plus fréquentes des algies observées chez les spécifiques ». On peut, comme nous allons le voir, les observer à des périodes très variables de la syphilis.

Voisin affirme qu'on en a vu précéder le chancre, surtout si celui-ci a une longue incubation (1). Cette affirmation, reproduite par tous les auteurs, n'est étayée par aucune observation publiée.

Les arthralgies contemporaines du chancre, préroséoliques, sont par contre indiscutables. Le plus souvent elles précèdent de peu la roséole, mais ce n'est pas une règle absolue. Dans une observation de Pekle, elles sont survenues 8 jours après le chancre.

Le plus souvent, les arthralgies *précèdent de peu la roséole*. Dans un cas de Vaffier, par exemple, elles précèdent de 6 jours l'exanthème. Dans ce cas, les arthralgies, réalisant le type de *courbature syphilitique* de Mel-

(1) On a publié des cas de chancre avec des incubations de 80 et même 100 jours.

chior Robert, se sont prolongées après l'apparition de la roséole. C'est la règle.

Dans beaucoup d'observations, elles apparaissent peu après les accidents cutané-muqueux, ou en même temps, et disparaissent avec eux par le traitement. En somme, elles ne sont alors souvent qu'un simple épiphénomène dans le tableau d'une syphilis secondaire plus ou moins grave. Nous en verrons de nombreux exemples.

Elles apparaissent déjà *beaucoup moins souvent après la roséole*. Dans une observation de Cheminade, les arthralgies se sont montrées deux mois après la roséole, un mois après une poussée de syphilides ecthymatiformes; dans une observation de Pillon (obs. 8), 9 mois après le chancre; dans un cas de Roque (in Thèse Gouariantz), 2 mois après; dans une observation de Gaucher, Gastou et Babonneix, c'est un an après le chancre qu'on voit apparaître les arthralgies.

Elles peuvent être *plus tardives* encore : Duffin en cite un cas 8 ans après le chancre, Pillon (obs. 20) publie une observation d'arthralgies qui ont accompagné une polyarthrite 18 ans après le chancre.

On les a vu coexister avec une roséole de retour (P. Blum), des manifestations de syphilis tertiaire : c'est *l'arthralgie tertiaire* de certains auteurs. En voici un exemple :

Obs. 2 (Obs. VII de Fouquet, résumée). — Homme de 33 ans. Plusieurs blennorrhagies, mais pas de rhumatismes antérieurs. Syphilis primaire et secondaire datant de 7 ans, non soignée. Il y a 4 mois, le testicule droit, puis le gauche, ont commencé à augmenter de volume sans douleur. Depuis le même temps arthralgies nocturnes dans le genou droit, empêchant le sommeil, mais

non la marche le jour. Etat actuel : les testicules sont gros, durs, indolents. Arthralgie du genou gauche sans signes physiques. Quelques points douloureux. Eruption étendue de syphilides circonscrites du dos. Pas d'écoulement uréthral : le malade n'en a pas eu depuis quelques années. Guérison des arthralgies et diminution de volume des testicules après 5 piqûres d'huile grise combinées à l'ingestion de 2 à 4 grammes d'iode par jour.

Dans ce cadre, nous ne faisons pas entrer les arthralgies symptomatiques de polynévrite, de myélite syphilitiques, de tabès, d'arthropathie tabétique au début.

Enfin, on a signalé (P. Blum) la fréquence des arthralgies au cours des syphilis malignes (obs. 23).

LOCALISATIONS

Tous les auteurs sont d'accord pour admettre l'ordre de fréquence suivant : épaules, genoux, poignets, coudes, chevilles. Toutes les localisations sont possibles : colonne vertébrale, temporo-maxillaire, doigts, etc. En général, il s'agit plutôt de grosses articulations, fait à retenir pour la pathogénie.

CLINIQUE

La description de Fournier est bien connue. Voici celle de Morestin, plus précise :

« Arthralgie, le mot résume tout le chapitre. La douleur est, en effet, le symptôme dominant et même l'unique symptôme. L'examen très minutieux de la jointure reste rigoureusement négatif, l'aspect extérieur n'est pas modifié ; les téguments sont intacts, il n'y a ni gonflement ni déformation : la palpation ne fait reconnaître ni épanchement articulaire ni épaissement synovial,

ni altération des os. La mobilité est conservée, et si le malade l'exerce de mauvais gré, c'est simplement parce qu'il souffre. A peine peut-on noter quelques légers frottements des surfaces articulaires, et encore très inconstants.

La douleur est donc toute la maladie. Elle siège en des points très variables, occupant les insertions des ligaments et des tendons, la jointure elle-même, les apophyses périarticulaires. La pression avec le doigt la réveille et la rend très vive. Mais il arrive que le malade ne puisse la localiser, elle est diffuse, impossible à préciser, quoique très intense. Elle coïncide fréquemment avec des douleurs analogues du côté des muscles, des os, des bourses (1) et gaines séreuses. Contrairement à ce qu'on observe dans presque toutes les maladies douloureuses, le repos et l'immobilité n'apportent aucun soulagement.

C'est pendant la nuit que les souffrances sont le plus pénibles. Le matin au réveil, le malade se sent tout endolori et comme perclus, car les arthralgies sont en général polyarticulaires.

Les premiers mouvements sont d'abord fort désagréables, il semble que la marche soit impossible avec ces articulations rouillées, suivant une expression que les malades emploient souvent et les classiques toujours.

Graduellement la douleur s'atténue, s'efface même et pendant quelques heures les jointures paraissent libres.

On a comparé ces douleurs, pour en déterminer le

(1) Certains auteurs ont insisté sur la douleur provoquée au palper du tendon bicipital au pli du coude, en l'absence de douleur spontanée.

caractère, à une sensation de brisure, en réalité elles offrent un peu tous les modes. Ajoutons qu'elles sont mobiles et passent d'une articulation à l'autre. »

On peut ajouter à cette excellente description les quelques précisions suivantes :

1. Les algies sont fréquemment bilatérales et *symétriques* (par exemple dans l'observation 1).

2. Leur mobilité est toute relative et bien moindre que celle du rhumatisme articulaire aigu. Ce sont plutôt des *douleurs à éclipses* qui ne présentent pas, d'ordinaire, cette atteinte généralisée et capricieuse qui caractérise la maladie de Bouillaud.

3. Enfin signalons l'assez grande fréquence d'une *réaction fébrile modérée*. On ne la note pas dans les observations où il y a coïncidence avec des manifestations tertiaires. Dans certains cas, il y a une véritable *typhose* (Fournier) :

OBS. 3 (*Ingold*, résumée). — Femme de 18 ans. *Douleurs rhumatoïdes généralisées* avec état général grave au cours de la syphilis secondaire, simulant une dothienenterie. Plus tard, une angine, une adénopathie, des syphilides apparaissent. L'auteur insiste sur l'absence de *recrudescence nocturne des douleurs*.

Le même auteur cite d'autres cas analogues. Dans l'un, il y avait du délire.

On peut décrire des formes cliniques suivant la diffusion de l'atteinte articulaire.

1° *Formes monoarticulaires.*

C'est une forme relativement rare. On en trouve un exemple dans une observation de Mozer. Parfois, la douleur monoarticulaire n'est pas fixe et passe d'une articulation dans l'autre (obs. 2).

2° *Formes oligoarticulaires*, forme également relativement rare, quoique moins que la précédente. L'observation 1 en est un exemple, avec localisation à deux articulations symétriques.

Ziehl cite un cas où les arthralgies ont été notées seulement à l'épaule gauche et au genou droit (coexistence avec des condylomes vulvaires). Pekle publie une observation analogue.

3° *Formes polyarticulaires*, de beaucoup les plus intéressantes. C'est une forme de rhumatisme syphilitique qui simule le mieux le rhumatisme articulaire aigu. Les observations sont très nombreuses. Le plus souvent un petit nombre d'articulations sont intéressées.

OBS. 4 (*Steinberg*, résumée par Gaillard). — Femme de 35 ans, non rhumatisante. Entre à Saint-Antoine, le 17 mai 1898, pour roséole syphilitique et endolorissement des deux genoux. Traitée par 2 cuillerées de liqueur de Van Swieten par jour; localement onctions salicylées. Cependant, le rhumatisme s'accroît aux genoux. Le 27 mai, il déserte les genoux pour frapper le poignet et l'avant-bras du côté droit, puis revenir au genou droit et atteindre le pouce gauche.

Le 6 juin, tout à disparu.

La mobilité, l'action du salicylate sont ici remarquables. La plupart des auteurs insistent sur les rechutes dans des cas analogues.

Souvent, il s'agit de formes véritablement généralisées à toutes les articulations. C'est la *courbature syphilitique* (Melchior Robert). Griffon et Deherain en rapportent un cas. Ingold en donne plusieurs :

OBS. 5 (*Ingold*, résumée). — Polyarthralgies extrêmement douloureuses chez une femme de 26 ans. Siègent dans toutes les articulations, surtout au niveau des membres. Syphilis secondaire concomitante. Grosse réaction générale.

OBS. 6 (*Ingold, résumée*). — Femme, arthralgies multiples, dans les membres surtout, avec réaction générale. Polydipsie et boulimie. Syphilis secondaire concomitante. Température peu élevée, pouls rapide. Il existe en même temps des myalgies.

(Voir également l'Obs. 3 et les observations de M. P. Weil et P. Bourgeois.)

Il existe des formes cliniques exceptionnelles dont nous citerons un exemple pour montrer le polymorphisme de ces arthralgies :

OBS. 7 (*Mozer, Obs. XXXII, résumée*). — Femme de 21 ans. Douleurs dans la colonne lombaire qui, en présence d'ostéoarthrites anciennes des deux coudes, fait faire successivement les diagnostics de coxalgie et de Mal de Pott. L'examen physique de la colonne et de la hanche sont négatifs. B. W. = Hoooo, fait par hasard dans un but statistique. Guérison après 4 piqûres de Novarsénobenzol.

(Voir également les Observations de Voisin (IV de sa thèse).

RADIOLOGIE

Les documents sont presque inexistants : Mozer a pratiqué une fois la radiographie (obs. 10). Elle s'est montrée négative. Ménard et Mozer disent qu'il peut exister quelques taches claires en pleine épiphyse (?). Des travaux complémentaires sont indispensables.

EVOLUTION

Souvent les arthralgies disparaissent spontanément (dans notre observation notamment). Dans d'autres cas, un traitement salicylé a suffi ; le traitement spécifique a été souvent nécessaire : elles disparaissent alors « comme par enchantement » (Fournier).

On peut distinguer trois modes d'évolution :

1. *L'arthralgie se présente comme un symptôme isolé*

de localisation syphilitique sur l'appareil locomoteur. Elle constitue alors toute la maladie. C'est un cas fréquent. Mais certainement ces formes sont souvent méconnues.

Lacapère et Laurent les ont vues évoluer vers la constitution d'arthropathies suppurées. En tous cas, on les voit accompagner ou précéder des manifestations de syphilis tertiaire cutanée (Lacapère et Laurent ; obs. 2) ou articulaire (cf. infra), ce qui indique l'urgence d'une thérapeutique intense et prolongée, ainsi que la nécessité d'un pronostic réservé car « nous ne sommes pas bien fixés sur l'avenir de ces arthralgiques » (Morestin).

2. *L'arthralgie* est un symptôme *associé* à une manifestation quelconque sur l'appareil locomoteur. C'est un épiphénomène.

Association avec des myalgies (nombreux cas).

Association avec des ténosites ou ténosynovites (observation de Fournier et Crouzon. Ténosites du poignet au cours d'une syphilis secondaire. Soc. Derm. et Syph. 6 mars 1902).

Association avec des monoarthrites, polyarthrites, hydarthroses subaiguës. C'est le cas le plus fréquent. Nous en verrons de très nombreux exemples et nous n'insistons pas ici.

Association avec des formes chroniques, c'est plus rare. (Par exemple, dans un cas de Flandin, des douleurs cervicales et scapulaires accompagnent une hydarthrose chronique).

3. *L'arthralgie* est un *prodrome*, avant-coureur d'une forme plus sérieuse. C'est le cas le plus intéressant. Nous l'étudierons au chapitre VIII.

CHAPITRE IV

Syphilis acquise

LES MONOARTHrites AIGUES OU SUBAIGUES

rappelant le rhumatisme gonococcique.

L'observation que nous publions en est un type très net. Fouquet avance qu'on ne voit guère ces formes hors de la période secondaire, ce qui est vrai d'une manière générale, mais ne saurait constituer un critère diagnostique.

« D'un mot, je puis la caractériser, en disant qu'elle reproduit à peu près exactement ce qu'est une fluxion articulaire subaiguë du rhumatisme simple » (Fournier). Cette définition est assez exacte, à condition que sous le vocable de rhumatisme simple, on comprenne non seulement la maladie de Bouillaud, mais le rhumatisme gonococcique (1).

Nous examinerons successivement les mêmes points que pour les arthralgies.

CONDITIONS D'APPARITION

Nous n'avons trouvé qu'une observation (2) où l'arthrite a suivi le chancre de très près. Le plus souvent,

(1) Nous avons considéré, suivant le point de vue déjà exposé, comme des arthrites tous les cas où existaient des signes physiques notables.

(2) In Thèse Pekle.

il s'agit de la période secondaire. Dans une observation, le malade a été vu un mois après le chancre, un autre 9 mois après, la plupart en pleine éruption secondaire. Les formes tardives sont possibles mais rares (obs. 9 deux ans après le chancre). Mis à part ce cas, la précocité est la grande caractéristique de cette forme.

La monoarthrite est relativement rare. Fournier, Baumler la considèrent comme fréquente. En réalité, le petit nombre d'observations publiées montre bien qu'il s'agit d'une forme, sinon rare, du moins bien moins fréquente que les polyarthrites et les arthralgies. De ce fait, les notions d'âge n'ont pas grande valeur.

Une notion intéressante, par contre, est celle des prodromes, arthralgiques le plus souvent, que nous avons déjà signalée. Notre observation présente un exemple d'arthralgies prodromiques passagères ayant guéri sans traitement (voir également l'obs. 8).

LOCALISATIONS

Dans les formes strictement monoarticulaires, on trouve : Poignet et main droits : 4 cas. Poignet gauche : 1 cas. Tibio-tarsienne droite : 2 cas. Epaule droite, genou gauche, première articulation metatarso-phalangienne : un cas. Nous trouverons une répartition *très analogue* dans les formes oligo-articulaires. La grande fréquence relative au poignet, et aussi la prédominance générale à droite sont à noter.

CLINIQUE.

Voici la description de Fournier :

« Ce qu'on observe est ceci : une jointure devenue

rapidement douloureuse, douloureuse spontanément et plus encore au simple palper. Cette douleur empêche les mouvements et immobilise le membre affecté, mais elle n'est jamais que modérée, voire légère, très différente donc en cela de celle du rhumatisme aigu et, à fortiori, de celle d'une arthrite vraie. A l'examen, on constate une fluxion, une tuméfaction manifeste de ladite jointure, mais sans notable exagération de volume et sans déformation. Au palper, léger épanchement intra-articulaire, assez peu abondant toutefois pour rester presque douteux. Téguments péri-articulaires normaux, sauf en certains cas exceptionnels où ils se recouvrent d'une légère suffusion rosée. Finalement apyrexie usuelle et absence de tout trouble sympathique. Alors seulement que les symptômes locaux revêtent une acuité insolite, il se produit un léger degré de réaction générale, à savoir : fièvre modérée, toujours assez éphémère, malaise, courbature, inappétence, etc. »

Fournier s'efforce de donner une allure spéciale à l'affection qu'il individualise. En réalité, tout ce qu'il indique comme exceptionnel, ne l'est guère plus que ce qu'il indique comme fréquent. Cependant l'apyrexie est à souligner : c'est le cas de notre malade. La rougeur et l'œdème, l'atrophie musculaire se voyaient aussi chez lui, comme dans l'observation de Pillon qui, parmi les observations que nous avons réunies, se rapproche beaucoup de celle que nous publions, notamment au point de vue radiologique.

OBS. 8 (*Pillon. Obs. XXIV, communiquée par le Prof. Roque, résumée*). — D. Auguste, 24 ans, mécanicien, entre le 5 juin 1913 à l'hôpital pour des douleurs articulaires. Antécédents héréditaires.

ditaires nuls. Scarlatine à 8 ans, pleurésie à 20 ans, qui guérit en un mois. Chancre à 23 ans. Une crise de dysphagie survenue il y a six mois a été guérie par 12 injections mercurielles.

Les accidents actuels remontent à 3 mois : le 10 mai dernier, sans traumatisme antérieur, il éprouva brusquement dans le genou droit une violente douleur qui l'obligea à interrompre son travail qu'il n'a pu reprendre depuis. Il resta au lit pendant 8 jours environ et semble avoir eu un peu de fièvre. La douleur n'augmenta pas de volume et, au bout de deux jours, la douleur passa au genou gauche, puis, deux jours après, au coude et au poignet gauches. Enfin, huit jours environ après le début des phénomènes articulaires, le poignet droit fut atteint, et est resté depuis seul malade. Il commença à enfler, en même temps qu'apparaissait de l'œdème du dos de la main.

A l'entrée, jeune homme robuste, au teint coloré, se disant un peu amaigri. La main et le poignet droits sont en battoir ; les mouvements spontanés de flexion et d'extension du poignet sont très limités, mais peu douloureux ; les essais de mobilisation provoquent de la douleur. A la face dorsale du poignet, vers la tête du grand os, on constate un point fluctuant, non douloureux. Il existe, par contre, des points douloureux très nets sur le bord externe du radius. On est frappé, à la palpation surtout, par l'énorme épaissement des épiphyses radiale et cubitale. Les interosseux et les muscles des éminences thénar et hypothénar sont atrophiés. Rien aux autres articulations.

Ganglions de la nuque à droite. Gros ganglions inguinaux ; pas de ganglion épitrochléen droit. Traces douteuses d'éruption roséolique au thorax et à l'abdomen. Plaques muqueuses à l'amygdale droite.

Aux poumons, sommet gauche un peu suspect. Rien au cœur ni à l'appareil digestif. *Pas de fièvre.*

Bordet Wassermann négatif (1).

A la radioscopie, sommet gauche un peu obscur.

Radiographie du poignet droit : on ne retrouve pas l'énorme épaissement des épiphyses. On ne note qu'un peu d'irrégularité du périoste et un aspect très flou des os du carpe.

7 juin : un chirurgien des hôpitaux, sur le vu de la radiographie, fait le diagnostic de tuberculose, malgré les accidents spécifiques.

3 injections de néosalvarsan sont faites, à 10 jours d'intervalle

(1) Fait curieux, en présence d'un malade porteur de plaques muqueuses et dont le chancre date d'un an.

(0,45—0,45—0,60). Le malade peut reprendre son travail. Il peut faire des mouvements d'extension et de flexion. Forme du poignet normale. Le gonflement a disparu. Le malade porte des fardeaux lourds avec la main droite.

On trouvera des observations analogues dans la thèse de Pekle (XII), dans celle de Cheminade et celle de Dauzats (VII; une observation de Lancereaux).

OBS. 9 (*Voisin*, IX, résumée). — Serrurier de 29 ans. Pas de rhumatismes antérieurs; mère rhumatisante. Chancre induré deux ans auparavant. Le 27 décembre, articulation tibio-tarsienne droite, rouge, douloureuse, gonflée. Apyrexie. L'arthrite avait débuté le 15 décembre avec du sarcocèle. Trois mois avant, douleur et gonflement du genou gauche. Rien au cœur. Traitement spécifique. Sort guéri au milieu de janvier.

Cette observation mérite qu'on s'y arrête. C'est la plus tardive que nous ayons rencontrée. Il faut noter l'apyrexie, la coexistence de sarcocèle, l'action très rapide du traitement, et enfin le fait que deux monoarthrites se sont succédé, la première ayant guéri spontanément.

OBS. 10 (*Voisin*, I, résumée). — Homme de 22 ans, sans antécédents, chancre, puis accidents secondaires. Le 3 janvier : douleurs lombaires, non à type ostéocope, mais à type d'arthralgie. Entre le 10 janvier : présente au niveau du poignet gauche un gonflement douloureux et rouge. Douleur légère à la pression et par les mouvements. Ce gonflement existe à la face palmaire et à la face dorsale du poignet, mais, à la face dorsale, gonflement et rougeur s'étendent un peu vers le dos de la main. La pression provoque aussi un peu de douleur au niveau des métacarpiens, mais les doigts ne présentent rien de particulier, si ce n'est une gêne de leurs mouvements occasionnée par le gonflement de la face dorsale de la main. La gaine des extenseurs des doigts à ce niveau participe également à l'inflammation (1). Guérison en 8 jours par la liqueur de Van Swieten.

(1) Contradictoire avec ce qui précède.

Certains détails sont à rapprocher de notre observation.

OBS. 11 (*M. P. Weil et Bourgeois*). — Arthrite subaiguë de l'articulation métatarso phalangienne simulant une attaque de goutte subaiguë. Guérison rapide par le traitement spécifique.

RADIOGRAPHIE

Seule l'observation de Pillon indique un examen radiologique, qui devait se rapprocher beaucoup du document que nous apportons. Les éléments essentiels sont : le flou osseux, *la conservation relative de l'interligne*. Lacapère et Laurent écrivent que « la syphilis articulaire n'est, dans la majorité des cas, qu'une atteinte osseuse des extrémités articulaires ». Notre radiographie tend à confirmer cette hypothèse, plutôt que celle de Baumler, qui croit à une périostite.

EVOLUTION

Les arthrites sont « passagères à l'instar de tous les accidents de cette même période de la maladie », dit Fournier. C'est souvent exact, surtout si le traitement intervient, ce qui est la majorité des cas. Dans le cas contraire, fréquent au Maroc (Lacapère et Laurent), il peut se produire « une aggravation progressive des lésions qui réalisent au bout de quelques années le type des ostéo-arthrites tertiaires suppurées » ou bien « une ankylose progressive » par un « processus de guérison spontané » ... « Les formes d'arthralgies et d'arthrites subaiguës évoluent de préférence vers l'arthropathie suppurée » (Lacapère et Laurent). Nous re-

viendrons sur ce point au chapitre VIII. Soulignons simplement dans le cas que nous rapportons les lésions accentuées que montre la radiographie, dans une affection pourtant de date récente.

Tous les auteurs signalent l'action remarquablement rapide du traitement. Notre observation en est un exemple.

CHAPITRE V

Syphilis acquise

LES HYDARTHROSES AIGUES ET SUBAIGUES

Cette forme clinique, qui n'est isolée par aucun auteur, s'apparente de près à la précédente. Cependant on peut rapprocher les observations qui présentent les caractères spéciaux suivants :

1. L'épanchement est toujours assez abondant (et non douteux comme dans les monoarthrites).

2. C'est une forme particulière au genou. Elle est fréquemment bilatérale.

3. Assez souvent elle précède ou accompagne la roséole. Elle semble donc, en général, plus précoce que la forme précédente. Gérin-Roze cite un cas survenu 10 jours après le chancre et 15 jours avant la syphilis secondaire cutanéomuqueuse. Il n'y a pas ici encore de règle absolue (obs. 16). L'hydarthrose peut être *isolée*, ou *faire partie d'une forme polyarticulaire*. C'est une forme souvent *fébrile*, pouvant même accompagner un cortège de syphilis grave ou maligne (obs. 23). Elle est facilement *rebelle*, et on peut la voir *se prolonger*. Il est vraisemblable que c'est là une des formes qui passent le plus volontiers à la chronicité (obs. 15).

La plus grande fréquence apparente chez l'homme est due aux conditions dans lesquelles ont été réunies certaines observations (Thèse Vaffier).

Nous n'insisterons pas sur la cytologie et les réactions du liquide articulaire. Elles sont bien connues et étudiées, en particulier dans la thèse de Rougier.

1° *Hydarthroses préroséoliques*. — Outre l'observation de Gérin-Roze déjà citée, nous signalerons celle-ci :

OBS. 12 (*Montpellier et Lacroix*, résumée). — Jeune homme de 18 ans. Chancre mixte le 2 août (37 jours après contact). Le 10 septembre, au réveil, arthralgies intenses sans tuméfaction dans les deux genoux, surtout à droite. Craquements articulaires à l'extension. Garde le lit 48 heures. Revient consulter, la douleur augmentant par accès *durant le jour*.

12 septembre : marche avec une canne. Ne peut fléchir la jambe gauche. Les deux genoux, surtout le gauche, sont globuleux. Peau normale. Choc rotulien. Palpation indolente, mais flexion passive très douloureuse. Rien sur la peau. B. W. négatif. Hecht fortement positif.

14 septembre : même état. *Douleur plus marquée*. Eruption maculo-papuleuse. Ponction : liquide citrin, un peu rosé. Formule : Polynucléaires 43. Mononucléaires 5. Lymphocytes 52. B. W. fortement positif dans le liquide.

5 injections quotidiennes de 0 gr. 02 de cyanure de Mercure. Tous les 5 jours novarsénobenzol à doses croissantes de 0 gr. 15 à 0 gr. 75.

Le 30 septembre, guérison des hydarthroses; le 8 octobre, des phénomènes cutanés.

On trouvera une observation analogue dans la thèse de Pekle (V).

2° *Hydarthroses pararoséoliques*.

OBS. 13 (*Vaffier*, IV, résumée). — Homme de 25 ans. Chancre induré apparu le 25 juillet 1873, guéri le 25 août. 14 septembre : céphalée nocturne, asthénie, insomnie, *synovite* aiguë avec épanchement des gaines des extenseurs des doigts à droite.

25 septembre : douleur violente au genou droit, *fièvre*, hydarthrose abondante. Roséole. Une cuillerée de liqueur de Van Swieten.

28 septembre : ulcération amygdalienne. Deux cuillerées de liqueur.

8 octobre : grande amélioration, l'épanchement se résorbe, la roséole s'efface, l'ulcération pharyngée se cicatrise. Sort le 27 octobre.

OBS. 14 (*Ibid*, résumée). — Homme de 24 ans. Chancre du méat le 20 octobre. Céphalée, asthénie, arthralgies au niveau des épaules.

1^{er} novembre : roséole confluyente. 1 cuillerée de liqueur de Van Swieten.

Le 8, arthralgies multiples. Le 10, le chancre est cicatrisé. Le 12, arthralgies au niveau des genoux, sans gonflement ni rougeur. Le 13, tuméfaction considérable des deux genoux, épanchement abondant. 2 cuillerées de liqueur. Le 14, plaques muqueuses buccales et alopécie légère. Le 20, nouvelles plaques sur le pilier droit. Le 25, le malade se lève et sort guéri.

OBS. 15 (*Vinay*, résumée). — Femme de 26 ans. Chancre en janvier, syphilides en mai. Hydarthrose subaiguë fébrile en juin. Guérison en 12 jours.

Rechute 8 jours après la sortie et, en même temps, synovite aiguë de la gaine des extenseurs des orteils. Guérison complète en 12 jours.

(Voir une observation analogue dans le mémoire de Trost.)

3° Formes plus tardives.

OBS. 16. (*Plateau*, VII, résumée). — Femme de 19 ans. Hydarthrose subaiguë survenue au cours de *récidive tardive* (3 ans après le chancre) d'*accidents secondaires* (plaques muqueuses buccales et vulvaires, angine secondaire, adénopathie, céphalée) en cours de traitement par le protoiodure.

L'épanchement disparaît par le traitement, mais des douleurs avec maximum nocturne, persistent. Malade perdue de vue.

Voir l'observation 23, cas d'hydarthrose aiguë au cours d'une syphilis maligne, ainsi que le cas de Gail-
lard (obs. 39).

CHAPITRE VI

Syphilis acquise

FORMES POLYARTICULAIRES simulant le rhumatisme articulaire aigu.

Cette forme est la plus fréquente. Nous décrirons sous ce nom deux ordres de faits :

1. Une *affection polyarticulaire*, rappelant en tous points la maladie de Bouillaud, souvent fébrile, manifestation *précoce de la syphilis*.

2. Un syndrome de localisations multiples sur l'appareil locomoteur qui revêt la même allure clinique. Nous l'appellerons RHUMATISME POLYMORPHE : ses manifestations sont des plus variables : arthralgies, arthrites, ostéalgies, périostites, synovites tendineuses (1), hygroma, ensemble qui, en clinique, pose le même diagnostic que la forme polyarthrite pure : le rhumatisme articulaire aigu.

C'est pourquoi nous avons groupé ces deux formes qui, cependant, diffèrent sans doute par le pronostic. Autant la première paraît bénigne, obéissant bien au traitement, autant la seconde paraît sujette à rechutes, à poussées successives.

(1) Elles peuvent exister isolément. Voir thèse de Roch, Paris 1872 : *Quelques observations d'hydropisie des gaines tendineuses dans la syphilis secondaire*.

I. — POLYARTHRITE SYPHILITIQUE

Nous examinerons les mêmes points que dans les chapitres précédents.

CONDITIONS D'APPARITION

Nous retrouvons ici la même variabilité que pour les arthralgies. Mais la précocité est la note dominante.

Avant la roséole, il est cependant exceptionnel de la constater : nous n'avons pu retrouver que l'observation de Gaillard (n° 39) qui soit dans ce cas. Son interprétation est d'ailleurs difficile.

Elle est beaucoup plus fréquente en même temps que les accidents secondaires précoces. C'est l'immense majorité.

On peut la voir plus tardivement : six mois après une roséole passagère dans un cas de Vaffier, plus tard même dans celui de Tourneux (2 ans après le chancre et la syphilis secondaire précoce, un an après une récurrence d'accidents secondaires).

Dans l'ensemble nous ne pouvons souscrire à l'opinion de Lacapère et Laurent pour qui « l'arthrite subaiguë appartient à une phase plus avancée de la période secondaire car les lésions sont plus profondes. »

La question de l'âge nous paraît prêter aux mêmes considérations que celles faites au chapitre des arthralgies. Peut-être la polyarthrite survient-elle un peu plus tard.

Nous n'avons pas trouvé d'observation de polyarthrite pure au cours de syphilis maligne.

LOCALISATIONS

Il faut distinguer les formes poly- et oligoarticulaires.

Formes oligoarticulaires (2 ou 3 articulations prises) : la prédominance au membre supérieur est nette (15 sur 26). On retrouve ici la localisation au poignet en première ligne (8 sur 26) puis au coude (7) puis à la tibio-tarsienne et aux genoux. La *symétrie* est très fréquente.

Formes polyarticulaires : la prédominance au membre inférieur est considérable (18 sur 24). Les genoux sont ici en première ligne (9 sur 24) puis la tibio-tarsienne (6) et le coude (5). *La symétrie est une règle quasi absolue.*

CLINIQUE

Elle est inexactement ou incomplètement décrite par la plupart des auteurs. En réalité les choses se passent d'ordinaire ainsi :

Au cours d'une syphilis secondaire de gravité moyenne on voit apparaître des localisations multiples sur les articulations. Dans certains cas, il y a eu des prodromes d'arthralgies, réalisant souvent le type de courbature syphilitique. Les articulations sont prises rapidement, soit toutes ensemble, soit, le plus souvent, l'une après l'autre dans un ordre quelconque. *La symétrie est la règle*, mais l'atteinte des articulations symétriques n'est pas toujours synchrone. Souvent l'atteinte d'une petite articulation (doigts, sterno-claviculaire) précède les localisations plus importantes. La fièvre est habituelle, mais modérée, en tous cas inconstante. Son maximum est

vespéral. L'absence de localisation sur les autres séreuses est la règle. Par contre l'atteinte légère des bourses séreuses de voisinage, des gaines tendineuses est fréquente.

Localement « chaque articulation malade est le siège d'une fluxion légère. La région est un peu tuméfiée. Les téguments présentent une très légère teinte rosée qui s'efface sous la pression pour revenir ensuite. La synoviale contient une faible quantité de liquide. Elle est, en outre, épaissie, légèrement sensible au palper, surtout au niveau de ses points de réflexion..... » Tous ces phénomènes d'hydrophlegmasie articulaire se tiennent dans une gamme sourde » (Mauriac). Les douleurs sont vives, le repos ne les calme point (1) et l'on a noté, comme pour toutes les manifestations douloureuses de la syphilis, qu'il y avait régulièrement des exacerbations nocturnes ou bien que le jour apportait une sédation (2). Les lésions sont fixes (2) et se cantonnent dans une, deux ou trois articulations sans changer de place avec cette mobilité qui est un des caractères du rhumatisme ordinaire (1) » (Morestin).

Comme on le voit, rien de pathognomonique, sinon les commémoratifs et les signes de syphilis associée.

1° *Formes oligoarticulaires.*

En voici un exemple :

OBS. 17 (A. Weil, résumée). — Eugénie V..., 18 ans 1/2, entre le 19 mars 1907 pour une ulcération du col qui n'est pas cica-

(1) Inconstant.

(2) Très inconstant.

trisée le 29 avril, date d'apparition de deux éléments de folliculite vulvaire.

Le 9 mai, même état local, *courbature*, insomnie. Fièvre à 39° depuis la veille. Angine rouge, langue sèche, dyspnée, sibilances et ronchus aux bases ; rien au cœur. L'articulation du genou gauche est douloureuse à la pression, les mouvements actifs arrachent des cris, les mouvements passifs sont possibles, mais pénibles. De même aux deux coudes.

Salicylate de soude pendant 3 jours (4 puis 5 et 6 gr.). Pomade salicylée.

Le 10 mai, état stationnaire (malgré le salicylate) 39°3 le soir.

Le 11 mai, les articulations douloureuses sont le siège de phénomènes pseudophlegmoneux. La palpation arrache des cris. Les articulations sont augmentées de volume, luisantes; empatement et chaleur locales. Le diagnostic est : rhumatisme articulaire aigu.

Le 15 mai, amélioration très faible. Douleurs moins vives, mais signes objectifs stationnaires.

Le 20 mai, adénopathie cervicale gauche très douloureuse faisant corps avec le maxillaire. Douleurs inchangées. Céphalée à type spécifique. Alopecie, ulcération amygdalienne. Pléiades ganglionnaires inguinales. Les folliculites vulvaires sont des syphilides. Diagnostic : syphilis. On fait une injection de calomel.

Le 24 mai, *disparition des phénomènes articulaires, de la céphalée et de la fièvre.*

Le 27 mai, 2^e piqûre. Disparition de l'adénopathie cervicale et des syphilides vulvaires. Plaques muqueuses amygdaliennes.

3 juin, 3^e piqûre. Nouvelles plaques amygdaliennes et labiales. L'érosion du col persiste.

8 juillet, 8^e piqûre. Chancre guéri, gorge améliorée.

Dans aucune lésion, on n'a pu mettre en évidence le tréponème.

Nous rapprocherons de cette observation un cas de Lancereaux (Union Médicale, II), où se produisit une rechute, un cas de Fournier, un cas de Mozer (XXVIII de sa thèse), un cas de Steinberg, particulièrement fébrile et rapidement curable, un cas de Lancereaux rapporté par Dauzats, un cas de Singer, deux cas rapportés par Cheminade (*Annales de Derm. et Syph.* 1887), un

cas de Ziehl et enfin le cas signalé par Fournier (*Traité de la Syphilis*, fascic. II, p. 574).

2° *Formes polyarticulaires.*

OBS. 18 (*Tourneux*, résumée). — C., 29 ans, coiffeur, sans antécédents rhumatismaux. 1907 : blennorrhagie ; 1908 : chancre induré ; 6 piqûres d'huile grise. Syphilis secondaire traitée par le calomel. 1909 : récidive, traitée. Suit irrégulièrement son traitement depuis. Mai 1910, douleur nocturne dans le genou droit, d'apparition brusque, maxima la nuit, surtout spontanée, accentuée par les mouvements provoqués. Successivement se prennent le cou-de-pied gauche, le coude droit, les articulations métacarpo-phalangiennes droites.

Aspect rosé, luisant, tuméfaction légère sans augmentation de la température locale. Pas de douleur au palper superficiel. Quelques points douloureux aux insertions ligamenteuses. Choc rotulien au genou. Douleur intense la nuit. Le matin, le malade est comme paralysé et ne peut mouvoir ses membres. Il souffre moins le jour. Température normale. Albuminurie. Guérison par le traitement mercuriel en huit jours.

On peut rapprocher de cette observation le cas de Dauzats (V) et celui de Fournier et Crouzon. Ce dernier est remarquable par la *mobilité* des localisations.

II. — RHUMATISME POLYMORPHE

Il présente la même allure clinique que la forme précédente. Ce n'est que par la multiplicité des atteintes sur l'appareil locomoteur qu'il s'individualise. Dans quelques cas les synovites sont au premier plan ; le plus souvent on verra s'intriquer toutes les formes possibles, la plus fréquente étant la ténosynovite. Dans un cas il s'agit de syphilis maligne.

Nous retrouverons ici des exemples d'arthralgies pro-

dromiques. L'évolution par poussées est très marquée dans certaines observations.

1° *Monoarthrite associée à des synovites.*

Le cas n'est pas rare.

OBS. 19 (*Fournier*, Gaz. Hebd., résumée). — Syphilis secondaire sérieuse. Arthrite subaiguë du genou avec très léger épanchement. Fièvre intermittente. Synovites aiguës des tendons extenseurs des orteils et du biceps brachial (L'évolution n'est pas signalée).

2° *Types divers.*

OBS. 20 (*Pillon*, II, communiquée par le D^r Dufour, résumée). — Homme de 42 ans. Chancre puis syphilides à 24 ans. Poussées de sciatique nombreuses, traitées par l'iodure. A présenté de l'onyxis, des douleurs en ceinture et des douleurs fulgurantes.

15 novembre 1913 : *arthrites aiguës* des articulations métatarso-phalangiennes des 3 derniers orteils gauches. Douleur vive, rougeur, œdème, marche impossible; ne peut supporter le poids des couvertures. Apyrexie. Les analgésiques à haute dose restent sans effet.

18 novembre : *arthrite aiguë* du cou-de-pied gauche. Rougeur, œdème, douleur au palper, impotence absolue. Reste alité; 6 grammes de salicylate par jour restent sans effet.

10 décembre : vives *arthralgies* dans l'épaule droite *sans signes physiques*. Limitation des mouvements; *synovites* des extenseurs du pouce droit; *arthralgie* du poignet droit, *talgie* (1) gauche.

Les jours suivants généralisation à la *colonne cervicale* (2). Examen à ce moment : éthylisme, sciatique bilatérale à type de névrite, radiculites diverses, arthrites multiples; la mobilisation de la colonne cervicale, surtout la flexion sont impossibles. Sucre et albumine dans les urines. Système nerveux normal. Aucune action des analgésiques. Guérison en un mois par le mercure (l'albumine et le sucre ont disparu en même temps).

(1) Périostite, bursite ou ténosite.

(2) Atteinte de préférence dans la syphilis (Broca).

Dans cette observation, l'étiologie n'est pas univoque, semble-t-il.

OBS. 21 (*Vaffier*, II, résumée). — Matelot de 20 ans. Chancres indurés le 28 mai, guéris en 15 jours.

22 juillet : *arthrites* des articulations métacarpo-phalangiennes droite; *points douloureux* aux acromions. *Arthrites* sterno-claviculaires. *Hygroma* prérotulien gauche. Céphalée nocturne.

Diagnostic : rhumatisme. Traitement salicylé, aucune amélioration. 6 août, même état. En plus *synovites bilatérales* des gâines du long supinateur et du grand palmaire. *Arthrite* de l'épaule gauche. Fièvre. Syphilides. Iodure et mercure.

9 septembre : amélioration. Onyxis bilatéral aux pieds et aux mains.

17 septembre : guérison. Chute des ongles atteints.

Vaffier rapporte également un cas d'*ostéalgies multiples*. L'observation I du même auteur est très analogue à la précédente. Les douleurs sternales et précordiales furent vives et surtout l'évolution se fit *par poussées*, d'une façon plus nette encore que dans les observations ci-dessus. Voir également l'observation de Gaillard (n° 39). Enfin citons celle de Lancereaux :

OBS. 22 (*Lancereaux*, Union médicale, I, résumée). — Femme de 26 ans. On voit se succéder une courbature généralisée, des arthralgies multiples qui se transforment en arthrites et une hydarthrose bilatérale des genoux, au cours d'une syphilis secondaire. Toutes les localisations ont guéri rapidement.

3° Rhumatisme polymorphe au cours d'une syphilis grave.

OBS. 23 (*Vaffier*, III, résumée). — Matelot de 22 ans.

24 juin 1873 : chancre induré. Liqueur de Van Swieten.

4 juillet : céphalée, insomnie, anorexie, douleurs vagues généralisées, *arthrite* sterno-claviculaire droite.

5 juillet : syphilides varioliformes, ulcérations amygdaliennes et pharyngée. Liqueur de Van Swieten.

10 juillet : nouvelle poussée de syphilides varioliformes. *Hydarthrose aiguë* du genou gauche avec gros épanchement.

28 juillet : amélioration. *Synovite* des extenseurs des doigts. Epanchement.

11 août : amélioration générale, sauf pour les ulcérations buccales, qui progressent.

15 septembre : ulcération du bord libre de la paupière supérieure droite.

15 octobre : perforation du voile du palais. Gommès tibiales qui se transforment très vite en exostoses.

14 novembre : *Guérison des accidents articulaires*. Mauvais état général.

RADIOLOGIE.

Nous n'avons trouvé aucun document.

EVOLUTION.

Ces formes, si elles sont traitées, sont en général bénignes car elles obéissent à merveille au traitement. Des réserves pronostiques sont à faire, cependant : c'est une atteinte sérieuse de la syphilis que celle qui porte sur l'appareil locomoteur. La récidive est possible. L'évolution vers une forme chronique peut se produire, surtout en l'absence de traitement (Lacapère et Laurent, voir chap. VIII).

La nécessité d'une thérapeutique intense, prolongée, d'une surveillance sérologique, d'un pronostic prudent s'impose (obs. 23). Certains auteurs ont même affirmé qu'un rhumatisme aigu, avec localisations cardiaques, peut être syphilitique (Dufour, chap. VIII).

En tous cas il faut souligner l'inefficacité des salicylés qui peuvent cependant faire baisser la température. Dans l'évolution on peut voir des arthralgies multiples se transformer in situ en arthrites ; souvent cette évolution se fait *par poussées*.

CHAPITRE VII

Syphilis acquise

ARTHRITES AIGUES SUPPUREES

Si leur existence est indiscutable dans l'hérédo-syphilis, elles sont rares, si même elles existent, dans la syphilis acquise. Il n'est pas, en effet, une observation qui ne prête à critique.

La question de savoir si le tréponème est pyogène par lui-même n'est plus à trancher. Les affirmations de Gaucher ont été suivies de preuves suffisantes. L'absence de tréponème dans le pus ne saurait surprendre. C'est le traitement qui fait le diagnostic, aucune autre arthrite suppurée ne cédant rapidement à un traitement médical. On peut rapprocher, en somme, les arthrites suppurées des méningites secondaires puriformes.

A ce point de vue un fait est bien curieux, le voici :

OBS. 24 (*Lebar et Jourdanet*, résumée). — Femme de 63 ans. Chancre syphilitique du pouce par inoculation accidentelle (pansement d'ulcérations d'une syphilis maligne) datant de 4 semaines. *Présence de tréponèmes*. Très rapidement apparaît une *arthrite suppurée de l'articulation phalango-phalanginienne*. Le stylet au fond du chancre pénètre dans l'article. *Arthrotomie*.

Guérison en 10 jours par traitement mercuriel intensif par voie buccale. Evolution consécutive d'une syphilis secondaire abondante en manifestations cutanées.

Dans la discussion qui a suivi la lecture de cette observation à la Société de Dermatologie, Fouquet indique

qu'il a vu un cas analogue. D'autres soulignent l'infection secondaire possible. Elle est improbable, vu l'action rapide du traitement sur une telle affection.

Mauclaire a réuni quelques observations d'arthrite suppurée. Elles sont sujettes à caution, dit Fouquet; comme, d'ailleurs, celle de Voparil :

OBS. 25 (*Voparil*, résumée). — Jeune soldat, 29 décembre 1887. Syphilis secondaire sérieuse avec angine *pseudo-membraneuse*. Injections de calomel.

A la troisième injection, douleurs violentes, brutales dans les deux coudes. Fièvre élevée. *En quelques heures* s'établit un épanchement dans le coude droit. Diagnostic : rhumatisme aigu. Salicylate de soude.

25 janvier : le coude droit est distendu, peau rouge, température élevée. Les moindres mouvements sont douloureux.

Puis mêmes phénomènes à gauche. Incision insuffisante. Salicylate inefficace.

Double arthrotomie. Il y a du pus dans les articles. A droite : tête radiale érodée, sans cartilage. *Vascularisation intense* et *granulations* sur la synoviale. Lésions analogues à gauche. Suites normales, on donne 1 gramme, puis jusqu'à 10 grammes d'iodure à la suite de l'apparition d'une collection suppurée dans la région sacrée.

20 juillet : guérison. Fistulette au coude droit.

Il n'est évidemment pas question de rhumatisme (qui ne suppure jamais) mais une septicémie ou une bactérie sont fort possibles. L'angine fait penser à la première, l'évolution à la seconde.

Un autre point de vue de la question est plus délicat encore : les arthropathies tabétiques suppurées sont-elles des arthropathies syphilitiques chez les tabétiques?

Pagniez et Coste, dans un article récent, séparent nettement deux formes cliniques :

1. L'arthropathie tabétique aiguë pure, dont ils ont observé un cas : « elle frappe par son début atrocement
« douloureux; par l'œdème considérable du membre,
« avec traînées pseudo-lymphangitiques dépassant de
« beaucoup la région articulaire. Cette explosion passée,
« tout se calme, la fièvre tombe et, au bout d'un
« temps variable, l'on n'a plus affaire qu'à une arthro-
« patie tabétique d'allure banale.....

« Assez spéciale apparaît aussi l'évolution fâcheuse de
« ces arthropathies aiguës, la cachexie rapide et l'at-
« teinte profonde de l'état général qu'on voit maintes
« fois leur succéder. »

2. L'arthropathie tabétique par infection secondaire dont ils ont observé un cas d'allure insidieuse, dû au bacille d'Eberth.

« Dans les deux cas, disent-ils, la ponction s'impose
« et l'arthrotomie souvent, soit pour évacuer un pus
« microbien, soit pour évacuer un pus stérile dont la
« résorption est toxique. »

De ces deux formes, la première seule nous intéresse ici. Est-ce une arthrite trophique ou une arthrite infectieuse (syphilitique) dont l'aspect est modifié par le terrain? Cette dernière hypothèse, celle de Barré, est adoptée par Lemierre, Kindberg et P.-N. Deschamps qui apportent une observation d'arthrite suppurée qu'ils résument de la sorte :

« Il s'agit, en résumé, d'une arthropathie tabétique ayant commencé brutalement, chez un homme en pleine santé apparente, par une douleur atroce dans la jambe gauche et ayant abouti en 13 jours à la dislocation complète du genou. Dès le début, cette arthropathie s'est sin-

gularisée par l'existence d'un œdème rouge, chaud, d'aspect phlegmoneux, par une fièvre élevée et par du délire. Les phénomènes inflammatoires locaux ont quelque peu rétrocedé mais la fièvre a persisté, s'accompagnant d'amaigrissement, d'atrophie musculaire diffuse et rapide, de rétention d'urine, d'une escharre sacrée. Une broncho-pneumonie est venue hâter la terminaison fatale. »

Les auteurs citent une série d'observations analogues qui ont été publiées, notamment par Barré. Dans certains cas, elles ont passé à la chronicité. Dans d'autres, le malade est mort en quelques semaines. Chez le malade de Lemierre le pus était stérile, les hémocultures et le séro-diagnostic sont restés négatifs. Ils ont l'impression que les accidents généraux ne sont que la conséquence de l'arthrite. L'anatomie pathologique, fort intéressante dans le détail, a montré des lésions non osseuses mais capsulaires, l'existence d'altérations artérielles, d'infiltration à plasmazellen qui font penser à un syphilome aigu articulaire, disent-ils.

L'hypothèse d'une arthrite syphilitique chez un tabétique prend donc corps (1).

(1) Les auteurs attribuent la poliomyélite antérieure aiguë généralisée constatée à l'autopsie chez leur malade et les réactions locales et générales qu'il a présentées aux albumines hétérogènes intra-articulaires.

CHAPITRE VIII

Syphilis acquise

FORMES EVOLUTIVES

L'évolution des formes si diverses, que nous avons passées en revue, est très variable. L'action du traitement, merveilleuse, n'est pas toujours intervenue à temps. *Une forme bénigne est souvent le prodrome d'une forme grave, une forme aiguë souvent avant-coureur d'une forme chronique.*

Un traitement trop court n'empêche pas les récidives *in situ* ou, du moins ailleurs ; car, comme l'a dit Milian, la systématisation des atteintes de la syphilis est parfois admirable (obs. 28).

Lacapère et Laurent ont insisté sur ces faits (voir Chap. I). En voici des exemples.

1. *Monoarthrite ayant passé à la chronicité. Guérison.*

OBS. 26 (Gaucher et Louste, résumée). — X..., 41 ans. Arthrite subaiguë radio-carpienne avec fièvre et phénomènes généraux. Incision. Passage à la chronicité. Fistules persistantes. Traitement spécifique fait par principe et sans indications cliniques. *Tout guérit en 40 jours.*

2. *Une arthralgie est souvent le prodrome de formes graves ou chroniques.*

On peut reprendre ici le mot de Déjerine à propos des prodromes de la syphilis médullaire apoplectiforme :

« C'est l'orage qui gronde partout avant d'éclater ». A propos des arthralgies « il est possible, écrivait Mores-tin, que le retour à l'état normal ne s'effectue pas complètement et que la lésion laisse dans les extrémités osseuses des traces qui, plus tard, pourraient favoriser le développement des manifestations terminales. » C'est actuellement bien prouvé.

Les arthralgies *précèdent* souvent une *monoarthrite* (observation du Docteur Aubertin), une *polyarthrite* (cas très fréquent : obs. 22). Dans d'autres cas, elles précèdent une *ostéo-arthropathie chronique* (observation de Gaucher, Gastou et Babonneix, de Queyrat (n° 38). Souvent, elles précèdent une *hydarthrose chronique* (observations de Voisin (IV de sa thèse), de Trost (III de son mémoire), de Griffon et Deherain). Dans d'autres cas, on les a vues survenir des années avant la constitution d'un *rhumatisme chronique* : 12 ans avant, dans un cas de Flandin, dont le traitement démontra la nature, 8 ans avant, dans un des cas de M. P. Weil et Bourgeois, où le Wassermann, très positif, permit le diagnostic, 7 ans avant, dans leur second cas, où il s'agissait d'un rhumatisme ankylosant du coude que le novarsénobenzol mobilisa.

3. *Un rhumatisme aigu est quelquefois le premier stade d'une forme chronique.*

Ce serait fréquent au Maroc (Lacapère et Laurent). Il s'agit, en réalité, surtout de cas où les malades ont été peu traités (observations anciennes). Dufour, Duchon et

Durand ont rapporté un cas de rhumatisme déformant polyarticulaire amélioré par le bismuth. Dans ce cas, qui paraît indiscutable, le rhumatisme chronique a débuté 2 ans après une crise de rhumatisme articulaire aigu, qui a laissé une insuffisance mitrale. Dufour et Ravina ont observé un rhumatisme chronique en 1921, qui s'était constitué progressivement depuis 1915 à la suite d'une crise de rhumatisme polyarticulaire fébrile. En 1921, le Wassermann était positif. La légitimité du cas a été admis par Merklen et Babonneix. Bisserié cite un cas analogue.

4. *Un rhumatisme polyarticulaire chronique peut subir des poussées aiguës.*

OBS. 27 (Gaillard, résumée). — Femme de 35 ans — sans antécédents rhumatismaux. Roséole en août 1897. Malgré un traitement iodio-mercuriel, rhumatisme polyarticulaire très subaigu, qui devient aigu en janvier 1898. En même temps, récurrence d'accidents secondaires et synovite des extenseurs de l'avant-bras.

OBS. 28 (Danlos, résumée). — Homme de 34 ans. Chancre inaperçu. Première poussée arthropathique en février 1895, arthralgies des coudes et des genoux, puis tuméfaction et hydarthrose). En même temps, syphilis secondaire grave (syphilides varioliformes, papuleuses, acnéiformes, périostite. Céphalée nocturne intense ; intégrité des muqueuses). Guérison par le mercure. Sort en juin.

Deuxième poussée en octobre. Arthrite chronique, cette fois, du coude droit, qui cède à l'iodure.

Vagues arthralgies qui cèdent à l'iodure, puis, de juillet à novembre 1896, se constitue une polyarthrite chronique (coude droit puis genou, coude, et premier métacarpien gauches), en même temps que des périostites crâniennes.

Cette systématisation osseuse avec intégrité des muqueuses est des plus remarquables.

Dauzats a publié un cas analogue. Gastou a vu des poussées aiguës si intenses qu'elles prenaient l'apparence de suppuration.

5. *Un rhumatisme chronique peut se constituer par une série de poussées subaiguës.*

Dufour et Duchon citent un cas de rhumatisme chronique amélioré par l'iodo-quinate de bismuth et qui s'est constitué de la sorte. Dominici (in thèse Pillon) a observé un cas où, après un début fébrile aigu, s'est installé une polyarthrite chronique avec poussées subaiguës. Le traitement a amené la guérison.

6. *Une forme chronique ou prolongée peut avoir un début brusque à l'occasion d'un traumatisme.*

Broca en a publié 6 observations dans le Bulletin de la Société de Médecine Légale. Ces arthrites syphilo-traumatiques guérissent fort bien par le traitement.

CHAPITRE IX

LES MANIFESTATIONS ARTICULAIRES AIGUES ET SUBAIGUES DANS LA SYPHILIS HEREDITAIRE

Les variétés d'hérédo-syphilis articulaire ont été bien étudiées et classées dans la thèse de Rougier. Nous reprendrons brièvement cette description en adoptant l'ordre déjà suivi pour la syphilis acquise. Notre but n'est pas d'individualiser la syphilis articulaire héréditaire, mais bien de montrer qu'elle est *identique en tous points aux formes de la syphilis acquise*. Nous ne voyons pas d'avantage à distinguer l'hérédo-syphilis précoce de l'hérédo-syphilis tardive.

Arthralgies

Elles sont fréquentes et réalisent les mêmes types que dans la syphilis acquise. Pour Ed. Fournier, il existerait même une forme arthralgique de l'hérédo-syphilis. Il considère les douleurs de croissance comme souvent hérédo-syphilitique. Rien n'est moins certain.

Dans une observation de Mozer (XXI de sa thèse), une jeune fille de 14 ans, dont le B. W. était très positif, présentait simultanément des arthralgies du poignet droit, une pseudo tumeur blanche et une hyperostose tibiale.

Les arthralgies foisonnent dans l'observation de Gilbert, Bénard et Fatou (v. infra); elles précèdent et accompagnent une polyarthrite.

On les a vues annoncer une hydarthrose subaiguë (observation de Caussade et Fatou).

Monoarthrite aiguë

Nous n'en avons pas rencontré d'observations.

Hydarthrose subaiguë

Fait particulier à l'hérédo-syphilis : elle est, de règle, bilatérale, comme les hydarthroses chroniques de type Clutton. Dohen (obs. II de sa thèse) cite un cas, bilatéral, chez un enfant de 7 ans. Il y avait de la fièvre. La guérison par le traitement a été rapide. Caussade et Fatou publient un cas d'hydarthrose très subaiguë, fébrile chez un hérédo-syphilitique manifeste. Le Wassermann, négatif dans le sang, était positif dans le liquide articulaire (liquide dont la formule était nettement polynucléaire).

Polyarthrite et rhumatisme polymorphe

OBS. 29 (Broca, Presse Médicale, 2 nov. 1921, résumée). — Homme de 20 ans qui, le 28 septembre 1919, sans cause connue, sentit pendant la nuit une douleur à la face interne du genou gauche. C'est le début d'une arthrite bilatérale aiguë des genoux avec fièvre à 38°, puis à 40°.

Chute thermique le 5 octobre. Raideur des genoux qui sont en extension.

20 octobre. — Nouvelle poussée fébrile avec localisations aux genoux (petit épanchement) et aux deux tibio-tarsiennes. Le salicylate reste sans action. Un écoulement urétral ancien n'ayant pas laissé de traces, on fait un Wassermann, qui se trouve positif, en l'absence de tout signe de syphilis acquise ou héréditaire. En quelques jours, le bi-iodure de mercure associé à l'iodure fait tomber la température, résorber les hydarthroses, rend la liberté des mouvements. En 8 jours, les pieds sont normaux, les genoux, encore un peu gênés, sont guéris en un mois.

A noter ici la *symétrie*, stigmate de syphilis héréditaire, la *tendance à la chronicité*.

OBS. 30 (*Gilbert, Bénard et Fatou*, résumée). — Homme de 19 ans, sans antécédents rhumatismaux.

Août 1921 : Arthralgies fugaces des deux genoux. Arthrite tibio-tarsienne droite. Résolution en 10 jours par le repos.

Fin août : Kératite interstitielle droite, guérie par une série de piqûres de cyanure.

Oct. 1921 : Arthrites légères des temporo-maxillaires et des genoux qui persistent plusieurs mois.

Déc. 1921 : Arthralgies du coude et du poignet droit. Durée, 15 jours.

Janv. 1922 : Kératite à gauche. Cyanure.

Fin février : Recrudescence des arthralgies des genoux. En outre, localisations au coude et au poignet droit, qui guérissent en 5 jours par des compresses chaudes.

Début de mars : Prise des deux chevilles, accentuation des arthrites des genoux; le 15, extension au poignet et au coude droit. Aucune action du salicylate.

Entre le 27 mars : Kératite de l'œil gauche. Arthralgies aux chevilles et au poignet droit; arthrite au coude droit; hydarthrose aiguë des genoux. Guérison des chevilles en 15 jours, du poignet et du coude en 6 semaines, des hydarthroses en 3 mois, par le traitement.

Juillet 1922 : Relâchement du traitement; arthrite du coude gauche qui, en dix jours, donne lieu à une ankylose légère définitive. Puis, périostite tibiale droite.

Août : Périostite tibiale gauche.

Température, peu élevée, entre 37°5 et 38°, dépassant ce chiffre à 6 reprises.

Prolongation de la fièvre pendant 6 semaines.

Pas de tuberculose, ni de blennorrhagie, ni de syphilis acquise. Mais stigmates nombreux d'hérédosyphilis (microdontisme, écartement dentaire, syndrome hypophysaire acroméganique). Wassermann et Bauer dans le sang. sont trouvés positifs, chez le malade et chez sa mère, à plusieurs reprises.

Ponction : liquide puriforme aseptique. Polynucléaires, inoculation négative. B. W. très positif.

Traitement polymédicamenteux : disparition de la kératite et des périostites, guérison des phénomènes articulaires, sauf des hydarthroses et de l'ankylose du coude qui persistent. B. W. toujours positif. Négatif seulement en septembre 1923.

Nous retrouvons ici quelques faits déjà signalés à la syphilis acquise : polymorphisme, évolution rapide de certaines formes vers la chronicité (coude gauche), résistance relative des hydarthroses subaiguës.

Voir aussi les deux dernières observations de Somma (obs. 34-35) que l'auteur considère arbitrairement comme des formes suppurées guéries.

Formes évolutives

L'observation 30 donne déjà une idée de l'évolution de ces formes héréditaires, et nous venons d'en signaler quelques points.

L'observation de Broca, résumée plus haut, donne une idée de l'intérêt médico-légal des fausses hydarthroses traumatiques.

Louste, Fatou et Rougier (in thèse de ce dernier), ont publié une observation d'hydarthrose bilatérale attribuée à un accident de travail et où la bilatéralité, la coexistence avec une arthrite subaiguë du poignet, un tibia Lannelongue, des dystrophies dentaires et faciales, ont fait faire le diagnostic de syphilis, malgré la négativité du B. W. dans le sang. Or, il était positif dans le liquide articulaire.

Signalons, d'autre part, qu'on peut voir des hydarthroses chroniques (de type Clutton) se constituer par poussées subaiguës.

Formes suppurées

Nous les avons rejetées à la fin pour insister sur elles. Les plus anciennes observations sont celles de Somma, dont voici le résumé.

OBS. 31. — Nouveau-né chétif porteur de multiples manifestations hérédo-syphilitiques dont des bulles de pemphigus, fait 4 arthrites purulentes et meurt en trois semaines, malgré un traitement iodo-mercuriel.

OBS. 32, très analogue. — Ecthyma et plaques périanales. Arthrites des genoux. Mort malgré le traitement. Autopsie : liquide séro-purulent dans les articulations. Epiphyses congestionnées et ramollies. Inflammation diffuse de la synoviale et du tissu péri-synovial.

OBS. 33. — Presque identique. 3 articulations prises. Lésions osseuses beaucoup plus marquées à l'autopsie.

OBS. 34. — Enfant de 40 jours. *Péritonite*, roséole, *panaris* multiples. Amélioration par le traitement donné à la mère; puis, arthrites inflammatoires des genoux et du poignet gauche. Même traitement, plus de l'iode. Guérison en 15 jours.

OBS. 35, très analogue. — 3 articulations prises. Guérison rapide.

Somma considère, ce qui n'est pas prouvé, ces deux dernières observations comme des arthrites suppurées. En tous cas, rien n'est moins certain que leur spécificité : tous ces enfants avaient des lésions cutanées ulcérées, tous des signes généraux graves. Ce peut être une septicémie.

La même objection est opposable à une observation de Romniceano. Il s'agit d'un enfant de 21 jours, atteint de pemphigus syphilitique, d'arthrite suppurée du coude gauche et de quatre abcès syphilitiques (?) de la cuisse. Il admet que la spécificité est douteuse et a vu de nombreux cas analogues. Nous en verrons également au chapitre du diagnostic.

Chez l'enfant plus âgé des cas semblables se rencontrent :

OBS. 36 (*Max Schuller*, résumée). — Enfant de 3 ans et demi, porteur de manifestations non douteuses de syphilis héréditaire, présente une arthrite subaiguë. Tout à coup, les phénomènes locaux et surtout généraux font craindre la suppuration et pratiquer une résection. Sérosité louche intra articulaire. On note l'injection de la synoviale, des îlots de nécrose articulaire.

Chez l'adulte :

OBS. 37 (*Dupont et Peyre*, résumée). — Homme de 26 ans.

Septembre 1914 : Chute sur le genou gauche. Gonflement. Ponction blanche. Plâtre. Le malade est réformé pour tumeur blanche. Diagnostic confirmé en 1915. Plâtre enlevé en 1916. *Restitutio ad integrum* rapide.

Avril 1916 : Écoulement urétral guéri en 15 jours.

Hivers 1916-1917-1818, poussées d'hydarthrose au genou droit (2 mois).

Octobre 1920, nouvel écoulement, cette fois abondant et persistant.

Janvier 1921 : Nouvelle poussée d'hydarthrose à droite. Douleur au palper. 38°. Diagnostic : rhumatisme gonococcique, car l'écoulement contient des gonocoques. Plâtre. Auto-vaccin. *Restitutio ad integrum* en mai.

Mais, en même temps, épanchement dans le genou gauche. Ponction le 23 avril : liquide louche. Plâtre. Deuxième ponction 15 jours après. Aucune amélioration. Résection le 23 mai 1921.

L'examen histologique montre un type d'inflammation aiguë, périvasculaire, sans nodules tuberculeux. L'os est normal.

1922 : Hydarthrose à droite avec douleur, atrophie, adénopathie. Diagnostic : tumeur blanche. Ponction : liquide purulent aseptique. Inoculation négative. B. W. dans le sang très positif.

Quasi-guérison clinique et sérologique par 6 gr. 80 de Novarsenobenzol. Une ponction durant le traitement a ramené un liquide plus clair, lymphocytaire. Aucun signe de syphilis acquise ou héréditaire.

Notons que la bilatéralité des lésions aurait pu attirer

l'attention. L'absence de radiographie est une lacune fâcheuse. (Voir discussion, page 82).

En somme, l'analogie nous semble parfaite entre les formes syphilitiques héréditaires et celles de la syphilis acquise. Notre observation peut être considérée comme syphilis acquise méconnue, ou comme syphilis héréditaire au même titre que l'observation de Broca, qui a admis l'hérédo-syphilis.

CHAPITRE X

DIAGNOSTIC

I. Éléments du diagnostic positif.

1. ELEMENT CLINIQUE

a) SYMPTOMES LOCAUX. — Les *arthralgies* n'ont pas de signe pathognomonique.

C'est une douleur diffuse, non toujours limitée à l'article, très polymorphe. Les sensations classiques de brisure locale, de courbature généralisée, l'absence de sédation par le repos, le maximum nocturne, l'engourdissement matinal sont des signes classiques mais bien inconstants. L'absence de signes physiques sépare les arthralgies des

monoarthrites aiguës. Ici encore, rien de pathognomonique. La liberté et l'indolence des mouvements de l'articulation infirme le diagnostic d'arthrite et établit celui d'ostéite para-articulaire (observation de Kirmisson, in Thèse Méricamp). L'atteinte des grosses articulations, l'atteinte fréquente du poignet, le peu d'acuité de la douleur, l'aspect de fluxion sans grosse déformation, la suffusion rosée sans rougeur vraie, la chaleur locale, l'empâtement douloureux sont les meilleurs signes.

Les *hydarthroses* aiguës ont des signes analogues. La localisation au genou est la règle. L'épanchement est d'abondance modérée le plus souvent.

Les formes *polyarticulaires* ou *polymorphes* restent souvent *oligoarticulaires*. Les signes locaux sont moindres que dans les *monoarthrites*; la mobilité relative des localisations, l'atteinte plus fréquente des grosses articulations, la prédominance au membre inférieur dans les formes *polyarticulaires*, au membre supérieur dans les *oligoarticulaires*, sont des signes assez fidèles.

Le diagnostic de *forme suppurée* ne saurait être affirmé avec certitude, sauf peut-être dans le tabès.

b) SYMPTOMES GÉNÉRAUX.

La *fièvre* à type syphilitique (maximum vespéral) est fréquente, mais inconstante. L'apyrexie a une certaine valeur diagnostique. Elle dépend de la gravité de la syphilis concomitante plus que des manifestations articulaires. *La constatation des éléments de la syphilis secondaire est l'élément capital du diagnostic.* La peau, les ongles (Milian), le système nerveux, les ganglions, l'anémie doivent être examinés. L'enquête familiale est indispensable, surtout en cas d'hérédo-syphilis (1).

Les manifestations articulaires apparaissent dès l'époque du chancre, augmentent de fréquence jusqu'à l'époque des manifestations cutané-muqueuses, se raréfient ensuite pour n'apparaître qu'avec des récidives d'accidents secondaires ou comme prodrome d'une localisation tertiaire.

2. EPREUVES A PRATIQUER

LA RADIOGRAPHIE, trop négligée, peut donner des renseignements :

(1) Alan H. Todd donne aux signes oculaires une valeur énorme dans le diagnostic. C'est exact, mais leur coexistence n'est pas la règle.

l'atteinte *régionale* des os avec DÉCALCIFICATION, l'intégrité relative de l'interligne articulaire sont de bons éléments diagnostiques dans les monoarthrites.

LES RECHERCHES HUMORALES.

Examen du sérum sanguin. L'emploi de plusieurs méthodes, à type colorimétrique, en répétant les examens, est indispensable.

Examen du liquide articulaire. Le liquide est citrin, rosé souvent, louche quelquefois. La formule est lymphocytaire dans la syphilis acquise, à polynucléaires dans la syphilis héréditaire (1). Le B. W. dans le liquide a une grosse valeur et peut être positif, alors que le sang présente une réaction négative.

Nous émettrons l'hypothèse que le liquide d'une hydarthrose traumatique pourrait présenter une réaction positive chez un syphilitique secondaire dont toutes les humeurs sont modifiées. La prudence s'impose donc en matière médico-légale.

Un fait précis nous engage à faire des réserves : Delearde et Breton ont publié un cas de méningite puriforme aseptique chez un enfant de 10 ans. *Il existait une otite*. L'enfant allait mieux quand il fit une arthrite purulente fébrile du coude. Intégrité osseuse à la radiographie. Le liquide articulaire est semblable d'aspect au liquide rachidien. Or, celui-ci présente un B. W. positif (2).

Il s'agit évidemment d'une méningite puriforme asep-

(1) Absolument schématique.

(2) Le B. W. n'a pas été pratiqué dans le liquide articulaire.

tique d'origine otitique. Il n'est d'ailleurs pas question de syphilis, dans ce cas où la guérison a été obtenue sans traitement spécifique.

La spécificité du Bordet-Wassermann est donc discutable, au moins dans les humeurs autres que le sérum.

L'ÉPREUVE THÉRAPEUTIQUE est *capitale*, plus importante que le Wassermann, écrit Alan H. Todd. Ce n'est pas tout à fait certain. Il est vrai que certaines formes (arthralgies) disparaissent « comme par enchantement ». Mais

L'iode est un spécifique des plus discutés. Son action la meilleure se produit sur les mycoses, non sur la syphilis.

Les *arsenobenzènes* sont moins spécifiques encore : antiseptiques généraux (infection puerpérale), toniques remarquables, leur action sur les arthrites gonococciques est indiscutable, parfois très rapide (Janet).

Le bismuth n'a encore été que peu employé. Il serait préférable pour un traitement d'épreuve, surtout si l'on emploie des sels solubles.

Le mercure est le seul dont la spécificité n'ait été que peu (1) discutée. Dans les observations publiées, son action a été merveilleuse.

Le cyanure nous semble le meilleur traitement d'épreuve à essayer.

Si la spécificité du mercure est certaine, peut-être faut-il qualifier de mercuro-résistante la malade dont l'observation suit :

(1) Cf. Dufour. Soc. Méd. Hôp., 19 janvier 1906.

OBS. 38 (*Queyrat*, résumée). — Jeune fille de 20 ans. *Syphilis* datant de 3 mois. Pseudo tumeur blanche syphilitique du coude (1), guérie par l'iode. Une première phase d'arthralgies n'avait pas été améliorée par le traitement mercuriel le plus massif (92 injections de benzoate, 15 frictions, 60 pilules de sublimé, 20 injections d'énésol), alors que tout a disparu par l'iode.

Le traitement d'épreuve a, en résumé, une valeur énorme, mais non absolue.

En somme, le diagnostic positif d'arthrite syphilitique aiguë ne se fonde que sur un faisceau de présomptions, mais ne peut se poser sur un seul symptôme clinique ou sur un seul examen de laboratoire.

II. Diagnostic différentiel.

1. LA SYPHILIS EST INCONNUE (ou méconnue).
Cas le moins fréquent et le plus ardu. Nous en apportons un exemple.

A. ARTHRALGIES ET POLYARTHRITES.

Le *rhumatisme articulaire aigu* est le diagnostic capital. Tous les termes du classique tableau de Fournier sont à discuter :

1. *Le rhumatisme syphilitique serait oligoarticulaire et jamais polyarticulaire comme le rhumatisme franc.* C'est inexact.

2. *Le rhumatisme syphilitique n'atteint que les grosses jointures, respecte les petites, à l'encontre du rhumatisme franc.* Ce n'est pas assez constant pour constituer un critère diagnostique.

(1) Exemple de tertiarisme précoce.

3. *La mobilité de l'un s'oppose à la fixité de l'autre.* La fixité a, en effet, une grosse valeur, mais existe dans tous les pseudo-rhumatismes ; la mobilité est possible.

4. *La fièvre élevée de l'un s'oppose à l'apyrexie ou au fébricule de l'autre.* Ce signe a une grosse valeur. Il existe dans notre observation : ajoutons que la fièvre vespérale syphilitique est bien différente de la température par poussées, calquées sur les atteintes articulaires, que présente le rhumatisme vrai.

5. *Les urines rares, rouges, uratiques de l'une s'opposent aux urines normales de l'autre.* Signe de valeur. L'albuminurie est fréquente dans la syphilis secondaire.

6. *Le retentissement cardiaque du rhumatisme manque dans la syphilis.* Une lésion mitrale a une énorme valeur. Pour Dufour, la syphilis est facteur de lésions mitrales. Ce signe serait donc infidèle.

7. *Les sueurs acides du rhumatisme manquent dans la syphilis.* Ce signe a une très grosse importance.

8. *Exacerbation nocturne des algies syphilitiques,* bon signe, mais inconstant.

9. *Coexistence d'une syphilis secondaire patente.* Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi, notamment dans l'hérédo-syphilis. L'existence d'une angine demande un examen soigneux (angine du rhumatisme).

10. *Existence de crises rhumatismales antérieures et action du froid dans le rhumatisme.* Sans valeur au point de vue diagnostique.

11. *Criterium thérapeutique pour la syphilis.* Déjà discuté. Fournier signale d'ailleurs des cas moins schématiques. Ajoutons les précisions suivantes :

1. Dans le rhumatisme le malade ne souffre pas, s'il conserve une immobilité parfaite (position classique du rhumatisant). C'est la tension des ligaments qui est douloureuse. La mobilisation passive est indolente s'il y a relâchement musculaire (Signe de Lasègue). Ce symptôme n'a jamais été signalé dans la syphilis.

2. Le rhumatisme franc est mobile mais surtout capricieux, passant d'un jour à l'autre et quittant une articulation qui guérit sans séquelle. L'arthrite syphilitique, même mobile, a une marche plus lente.

3. Le rhumatisme s'accompagne fréquemment d'atteinte du corps thyroïde (signe de Vincent).

4. L'action du salicylate, merveilleuse dans le rhumatisme, est nulle dans la syphilis, ou du moins transitoire (fréquent pour M. P. Weil). S'il n'agit pas, on se méfiera de l'insuffisance des doses et on n'invoquera pas la syphilis avant de l'avoir prouvée.

5. Le rhumatisme guérit sans séquelles, loi constante.

Les pseudo-rhumatismes sont un deuxième diagnostic, plus difficile et non moins important.

1. Rhumatisme gonococcique.

— Il y a des antécédents nets de gonococcie. La coexistence est possible. La preuve de la syphilis peut être fournie par l'examen du liquide articulaire (cas de Dupont et Peyre).

— Les antécédents sont lointains : l'examen urinaire complet est négatif (toucher rectal) : il faut savoir qu'il existe des rhumatismes gonococciques sans poussée uréthrale ou vésiculaire concomitante. L'écoulement a

pu être méconnu, même du malade. On a vu des synovites et des arthropathies précéder l'écoulement (1) (Griffon).

— *Il n'y a pas d'antécédents.* Une gonococcie ignorée et chronique doit être recherchée (toucher rectal ; urines). Il vaut mieux ne pas tenter de réactiver l'écoulement.

— Il faut se souvenir que le rhumatisme gonococcique n'est ni plus ni moins mobile que le syphilitique, mais plus *tenace* ; que la douleur est plus marquée et surtout plus *continue*. Les signes physiques, la fièvre, la pâleur, l'anémie, sont identiques. Une localisation cardiaque plaide pour la gonococcie. L'évolution vers l'ankylose également. La ponction, l'examen cytologique et sérologique du liquide sont indispensables. La recherche du gonocoque dans le liquide est illusoire.

2. *Les autres pseudo-rhumatismes* sont faciles à éliminer.

Rhumatisme scarlatin. Une angine rouge simple peut prêter à erreur. Rechercher la desquamation. Les arthrites de la convalescence (seules en cause) atteignent de préférence les articulations découvertes (poignets, doigts, vertèbres cervicales), plus rarement les genoux, les chevilles. Ce sont des arthrites subaiguës séreuses.

Citons les rhumatismes qu'on voit dans (ou à la suite de) la *varicelle*, l'érysipèle, l'infection puerpérale, la typhoïde, la diphtérie, la variole, les *pneumococcies*, les *angines*, les endocardites, les dysenteries, les méningococcies, le purpura rhumatoïde.

(1) Qui était peut-être une rechute.

Les érythèmes polymorphes, l'érythème noueux sont de diagnostic très délicats parfois (cf. infra). Le rhumatisme de Poncet est d'existence douteuse.

3. *La goutte* peut prêter à erreur en cas de crise généralisée. La *fixité*, les douleurs à *maximum nocturne* s'y retrouvent. Les dilatations veineuses, les localisations électives, l'allure spéciale des crises, les antécédents, les tophi font le diagnostic, *si on y pense*.

4. Les arthralgies posent de multiples problèmes suivront les cas : ostéomyélite ancienne, affections nerveuses, ostéosarcome au début, rachitisme, etc.

B. MONOARTHRITES ET HYDARTHROSES.

On peut discuter :

Chez l'enfant : *Ostéomyélite subaiguë* : le palper du cartilage conjugal doit suffire au diagnostic. En cas d'arthrite secondaire, l'état général est bien plus grave (jeune enfant).

La tuberculose subaiguë a la même allure clinique que la syphilis subaiguë. L'atrophie musculaire précoce et intense, l'adénopathie surtout sont de bons signes. L'atteinte de l'interligne sur la radiographie, la tuberculisation du cobaye, la cytologie du liquide, le B. W. sont à rechercher. La recherche du tréponème dans le liquide n'est pas entrée dans la pratique.

La blennorrhagie pose les mêmes problèmes que précédemment. Elle se localise également au poignet et à la tibio-tarsienne.

Les arthrites hémophiliques chez les adolescents, surtout s'ils sont hérédo-syphilitiques, posent un problème difficile. Elles sont, de règle, monoarticulaire, mais ce

n'est pas constant. *Il faut y penser* avant de faire une ponction, dont les conséquences peuvent être dramatiques.

Signalons les arthrites mycosiques, sporotrichosiques, qui fondent par l'iodure ; les arthrites traumatiques et syphilo-traumatiques (appel par traumatisme de Broca).

La goutte a pu être discutée en cas de monoarthrite métatarso-phalangienne (M. P. Weil).

**Exemples de difficultés cliniques en cas d'arthrites unique
ou multiples non suppurées.**

Prenons d'abord l'exemple de notre observation :

— La localisation, la fixité, l'apyrexie, l'inefficacité du salicylate à dose suffisante, l'intégrité du cœur, l'absence de crises antérieures permettaient d'éliminer le rhumatisme.

Les mêmes éléments ont fait songer à la gonococcie. L'absence d'écoulement dans le passé et le présent, l'intégrité des voies uro-génitales, ont fait récuser ce diagnostic (1). L'action du novarsénobenzol n'est pas un argument valable.

— L'aspect subaigu, la fixité, la radiologie surtout ont fait songer à la tuberculose. Le malade était floride, son poumon intact cliniquement et radiologiquement.

Restait à rechercher la syphilis et à tenter un traitement d'épreuve, ce qui conduisit au diagnostic.

Voici une autre observation dans laquelle on retrouve des difficultés analogues :

(1) Il eût été intéressant d'étudier l'action du traitement actuel du rhumatisme gonococcique : les injections intraveineuses de sérum antigonococcique dilué.

OBS. 39 (*Gaillard*, résumée). — L..., peintre en bâtiments, 25 ans, sans antécédents saturnins. A 16 ans, blennorrhagie (2 mois). A 23 ans, rhumatisme articulaire aigu avec, peut-être, endocardite. En janvier 1903, deuxième blennorrhagie. En avril 1903, entre pour rhumatisme polyartculaire datant de 15 jours. Localisations multiples (chevilles, genoux, articulations du tarse).

Fièvre élevée, signes généraux sérieux : céphalée; cœur normal, pas d'albumine. Un gramme d'antipyrine. Onctions salicylées.

3 avril : Roséole. Syphilides. Ulcération du sillon balano-préputial.

On remplace les salicylés par le benzoate Hg. Guérison complète en 8 injections quotidiennes.

Le *rhumatisme syphilitique* est ici le plus probable, vu l'action du traitement mercuriel, le plus spécifique de tous.

Le *rhumatisme franc* a pu coexister avec une syphilis secondaire. L'absence de localisation cardiaque après deux crises, invoquée par l'auteur, n'est pas décisive. La syphilis n'a-t-elle eu qu'un rôle déclanchant ?

Le *rhumatisme gonococcique* est possible. L'action du traitement ne s'expliquerait que par une coïncidence bien étonnante. Il manque les examens de liquide articulaire (il y avait du liquide dans le genou) ; un B. W. dans le liquide n'élimine pas, à notre avis, la coïncidence.

L'observation 37 (*Dupont et Peyre*) peut également être discutée.

Un écoulement gonococcique a précédé de quatre mois et accompagné l'arthrite du genou droit qui a guéri sans traitement spécifique. La deuxième arthrite a été améliorée par le 914 (dont la spécificité est discutable). Le B. W. du sang a été négativé en même temps.

En l'absence de signe clinique, de précision anatomique, la preuve de la syphilis n'est pas absolue. Le pus de la deuxième arthrite, constitué par des polynucléaires et des cellules géantes englobés dans un magma fibrineux peut être un exsudat blennorrhagique, dans lequel l'absence de gonocoques n'est pas surprenante.

Dans certains cas, le *diagnostic avec le rhumatisme blennorrhagique* est des plus délicats. Bonnet rapporte une observation de rhumatisme polyarticulaire fébrile survenu au cours d'une métrite *gonococcique*. Inefficacité du salicylate et du sérum antigonococcique (sous la peau), ce qui n'a pas lieu de surprendre. La roséole apparaît 45 jours après le rhumatisme, 50 jours après l'entrée à l'hôpital. L'auteur admet un chancre méconnu, car il a constaté une adénopathie inguinale. La guérison a été complète, après *une* injection de novarsénobenzol.

Nous observerons que : la contamination aurait dû avoir lieu après l'entrée à l'hôpital ; l'argument thérapeutique est sans valeur : il faut se méfier des rhumatismes blennorrhagiques guérissant par les injections des nouveaux arsenicaux, dit l'auteur qui nous paraît apporter à ce traitement une contribution indiscutable. D'ailleurs, il existe une observation tout à fait comparable dans un article de Janet et Lévy-Bing.

Le diagnostic de rhumatisme de Poncet (1) est bien délicat dans l'observation suivante de Pekle (IV), surtout en présence de ces localisations :

(1) On a signalé des tuberculoses miliaires aiguës à forme articulaire.

OBS. 40 (résumée). — Femme de 24 ans. 4 enfants dont 2 morts en bas âge. 2 fausses-couches. Syphilis secondaire en activité.

Dans le passé, arthralgies calmées par les analgésiques.

Arthrite de l'épaule gauche, subaiguë, fébrile. La malade est tuberculeuse, mais ne crache pas de bacilles (plusieurs examens). Pilule de sublimé. Guérison rapide, malgré une poussée d'arthrite du genou, pendant le traitement.

Le diagnostic d'érythème polymorphe, au moins à titre de coexistence, nous paraît vraisemblable ici.

OBS. 41 (P^r Teissier, in Thèse Pillon IV, résumée). — Femme de 26 ans. Syphilis à 17 ans. Arthralgies multiples. Erythème polymorphe, 39°2. B. W. positif. Tout disparaît par l'iodure (3 gr.) et l'aspirine (1 gr.).

Diagnostic avec l'érythème noueux.

OBS. 42 (Numa-Bès, XII, résumée). — Syphilides secondaires papuleuses généralisées. Erythème noueux. Arthralgies des coudes et des genoux.

OBS. 43 (Numa-Bès, XIV, résumée). — Roséole papuleuse. Erythème noueux. Arthralgies. Arthrites subaiguës diverses.

Le même auteur cite des cas nombreux de chancre mou accompagné d'érythème noueux. Vu l'aspect papuleux des syphilides, le diagnostic de syphilis était-il certain dans le deuxième cas et celui d'érythème noueux indiscutable dans le premier ?

On a signalé des erreurs avec torticolis, *Mal de Pott*, coxalgie, méningite (arthrites vertébrales). Voir l'obs. 7.

C. DIAGNOSTIC DES ARTHRITES SUPPURÉES.

Le diagnostic de ces formes, très difficile, est détaillé par Marfan, qui distingue :

1. Les arthrites par septicémie d'origine cutanée (obs. 31, 32, 33, 34, 35).

2. Les arthrites à pneumocoques, streptocoques, staphylocoques. (Cas de Salomon : arthrites multiples à pneumocoques chez un enfant de 2 mois et demi, hérédosyphilitique, qui présentait une maladie de Parrot; cas de Ribadeau-Dumas et Camus, analogue, mais d'origine streptococcique).

3. Les arthrites à gonocoques décrites par Hochsinger (cité par Marfan).

4. Les arthrites suppurées secondaires à une maladie de Parrot — et que celui-ci avait déjà signalées (observation de Marfan, Soc. de Péd., 20 mars 1906).

Il s'agit toujours d'enfants jeunes, élément de diagnostic négligé par Kirmisson.

5. Les arthrites syphilitiques pseudo-purulentes, avec liquide gommeux (débris cellulaires et granulations graisseuses) dans l'article.

6. Les arthrites suppurées syphilitiques vraies.

*
**

2. LA SYPHILIS EST CONNUE, avérée. L'arthralgie est établie. Il faut songer à des douleurs ostéocopes, une radiculite syphilitique, un début d'arthropathie tabétique.

*
**

3. LA SYPHILIS ARTICULAIRE EST PROUVEE ET SOIGNEE. Il se produit de nouveaux accidents articulaires. Ce peut être :

— *Une rechute* par traitement insuffisant. Nous en avons vu des exemples.

— *Une réaction d'Herxheimer*. P. Blum rappelle qu'Herxheimer a signalé des algies vertébrales et cervicales. Il y aurait même une forme synoviale de la réaction d'Herxheimer (1).

On verrait ces manifestations, soit après la première piqûre, soit après une dose ayant provoqué en même temps de la fièvre, de la céphalée, de l'agitation, une éruption et une adénopathie.

Dans ces cas, augmenter les doses, prolonger le traitement.

Leredde a publié un cas de kystes synoviaux du poignet, accompagné d'arthralgies anciennes, d'iritis, sans syphilis connue et où la sérologie était entièrement négative. Chaque piqûre provoquait une réaction, de moins en moins forte, à mesure que le traitement progressait, au niveau des genoux et de l'œil.

— *Une synovo-récidive* (P. Blum).

Chabanier et Bleton en ont décrit une forme poly-articulaire. Gastou a publié l'observation suivante :

OBS. 44 (résumée). — D., 20 ans. Chancre datant de 15 jours. B. W. positif. Les chancres disparaissent par traitement bismuthé. Mais le B. W. reste positif. On fait du 914, mais le malade ne termine pas la série et le B. W. est toujours positif. Le 22 septembre, réaction encore positive. Le 11 octobre, rhumatisme poly-articulaire fébrile, non gonococcique. *Aucune lésion radiologique*. Après une seule piqûre de 914, fièvre, embarras gastrique, et, trois jours après, subictère (gros foie, pigments urinaires mais selles normales). Après guérison de l'ictère, on traite et on guérit *rapidement* les arthrites par des suppositoires mercuriels.

(1) Doit-on en rapprocher les « gripes » mercurielles et bismuthées?

La polyarthrite nous semble être une synovo-récidive et l'ictère une réaction d'Herxheimer.

— *Une arthralgie toxique* (1). On a décrit des crises nitritoïdes à forme pseudo-rhumatismale (Gougerot).

des arthralgies toxiques. Chabanier et Bleton en ont constaté de plus ou moins extensives. Chevallier et Pailard en ont décrit une forme préictérique, généralisée, avec les mêmes caractères de localisation et de déroulement matinal. En tous cas, avant de poser ce diagnostic, rechercher le prurit, un érythème, des accidents gastro-intestinaux légers.

— Un *phénomène biotrope* ne nous paraît pas impossible. Les arthralgies secondaires précoces ne sont peut-être pas autre chose.

III. Diagnostic étiologique.

Deux ordres de faits sont à examiner :

EN CLINIQUE. Distinguer une arthrite aiguë d'une poussée aiguë sur une forme chronique. (Cas de Dauzats, Dufour et Duchon, Gastou).

Penser au traumatisme en cas d'hydarthrose, fait important pour les accidents du travail.

Distinguer la syphilis acquise et la syphilis héréditaire est souvent impossible (voir notre observation). La cytologie du liquide d'hydarthrose n'apporte pas

(1) Elles existent dans les intoxications par l'acide arsénieux (Brouardel et Pouchet), par le vert arsenical (Imbert), le mercure et le bismuth (P. Blum). On peut en rapprocher les arthralgies de l'iodisme.

d'indication décisive. Cette question est importante pour le traitement des parents.

AU POINT DE VUE THÉORIQUE quels sont les facteurs de la syphilis articulaire ? Le froid a été naturellement invoqué. Lacapère et Laurent apportent une statistique assez probante. L'absence de traitement est une cause nettement prouvée. Il est assez fréquent de constater des syphilis systématisées articulaires (obs. 28 et 30). « La systématisation de la syphilis est réellement par-
« fois admirable, dit Milian (Soc. Méd. Hôp., 14 déc.
« 1923), et en dehors de la syphilis neurotrope, il y a
« des syphilis systématisées osseuses, artérielles » et articulaires, pouvons-nous ajouter.

Faut-il penser à un tréponème spécial ? Il n'y a pas de raisons pour le faire ; on ne connaît pas de syphilis articulaire conjugale. Cependant Bezangon et Labbé ont montré expérimentalement qu'un microbe, qui a séjourné dans un tissu et y a déterminé une lésion, a, par ce fait, acquis une certaine tendance à se localiser dans un tissu similaire. Cette loi s'applique au gonocoque, par exemple (Vaquez et Laubry, Ahman). Il est probable qu'elle s'applique au tréponème.

Le terrain peut-il rendre compte de ces systématisations ? Le rhumatisme articulaire antérieur à la syphilis, ne paraît pas, quoiqu'en dise Lancereaux, constituer souvent une cause favorisante, non plus que le rhumatisme des ascendants.

Pour les formes chroniques, on a décrit des formes mixtes syphilo-tuberculeuses. Pour les formes aiguës, s'agit-il aussi quelquefois de scrofulate de vérole, suivant le mot célèbre de Ricord ?

Nous pensons, avec Morestin, Lacapère et Laurent, que ces formes systématisées s'expliquent par le fait que les poussées arthralgiques ne guérissent qu'en apparence et laissent des lésions chroniques qui s'organisent plus tard sous forme d'arthropathies.

PATHOGENIE

Nous possédons peu d'éléments de base :

1. La syphilis articulaire est indifféremment généralisée et localisée, aiguë ou chronique. Les formes précoces sont volontiers généralisées.

2. Atteinte prédominante des grosses articulations.

3. Symétrie très fréquente.

4. La syphilis articulaire est rare.

Ce dernier fait peut surprendre. Il doit être inexact, car les formes frustes sont toujours méconnues ; les malades, d'autre part, sont, à l'heure actuelle, traités précocement, et enfin au Maroc elle est très fréquente (Lacapère et Laurent).

Nous pouvons relier ces faits de la manière suivante :

Pour Branca la séreuse articulaire dérive, par métaplasie, des cellules cartilagineuses. Il est peut-être plus exact de rapprocher histologiquement la séreuse articulaire des endothéliums vasculaires. C'est l'opinion du Docteur Caillaud, chef de laboratoire à l'Hôpital Saint-Louis, qui a bien voulu nous renseigner sur ce point. Nous ajouterons, qu'embryologiquement, cette analogie est parfaitement justifiée. Dès lors, les arthralgies de la période secondaire sont des manifestations très analogues à la roséole.

La localisation aux grosses articulations peut s'expliquer par la richesse de leur vascularisation. Habituellement, il existe des interstices capsulaires où la synoviale n'est pas entourée par un tissu fibreux, mais prend contact avec un tissu conjonctivo-vasculaire.

L'histologie confirme la vascularisation abondante des procès synoviaux.

En somme, la précocité, l'évolution fugace des arthralgies ne doit pas plus surprendre que celle des accidents secondaires. La symétrie des localisations, si fréquente, n'est pas plus étonnante que la distribution de la roséole. L'analogie d'innervation, l'état, par conséquent, analogue des capillaires, permet d'en soupçonner la raison.

L'existence d'épanchement au niveau du genou s'explique par la richesse vasculaire et la grande taille des culs-de-sac synoviaux. Les localisations fréquentes au poignet sont dues au nombre de procès synoviaux en ce point (Poirier).

L'obéissance si remarquable au traitement se conçoit bien, si l'on songe que les lésions sont perivasculaires.

TRAITEMENT

Il peut se résumer en deux mots : au maximum, médical, au minimum, chirurgical. Le fait que la syphilis est articulaire ne modifie pas le traitement. Il faut savoir penser quelquefois à l'iodure (obs. de Queyrat).

Le traitement d'épreuve le meilleur nous paraît être le cyanure par voie intraveineuse. Le traitement chirurgical ne doit pas dépasser la simple ponction qui soulage le malade. Même en cas de suppuration, le traitement purement médical est de règle.

CONCLUSIONS

1. La syphilis articulaire aiguë ou subaiguë, forme relativement rare, peut se manifester à un moment quelconque de l'évolution d'une syphilis acquise ou héréditaire. La précocité est cependant un caractère fréquent.

2. La classification habituellement adoptée en formes secondaires, tertiaires et héréditaires est trop arbitraire. Une division plus clinique est préférable.

3. La syphilis articulaire aiguë ou subaiguë est remarquablement polymorphe. Elle réalise toutes les formes cliniques décrites dans les pseudo-rhumatismes, en particulier gonococcique, dont on peut les rapprocher à tous points de vue. On peut, notamment, isoler des formes d'hydarthrose aiguë ou subaiguë.

4. Toute forme bénigne ou passagère peut faire le lit d'une forme grave, précoce ou tardive.

5. Le diagnostic est malaisé et commande la prudence en médecine légale. Ses bases sont, en l'absence de signe pathognomonique, la recherche clinique et sérologique de la syphilis, l'épreuve thérapeutique. Ces éléments de présomption, discutables isolément, n'ont de valeur de certitude que s'ils concordent.

6. La radiologie, encore peu étudiée, ne fournit qu'un appoint au diagnostic. L'intégrité relative de l'interligne articulaire, l'atteinte diffuse ostéo-articulaire avec décalcification, sont les seuls signes radiologiques qu'on puisse dégager à l'heure actuelle.

7. Le traitement, purement médical, est un traitement antisypilitique intensif. Son efficacité est un des meilleurs éléments diagnostiques.

8. Nous apportons un exemple très caractéristique qui illustre ces données : c'est une observation de monoarthrite du carpe, subaiguë, non fébrile, simulant un rhumatisme blennorrhagique ou une tumeur blanche au début.

En l'absence de tout antécédent gonococcique, tuberculeux ou syphilitique, c'est l'examen radiologique qui a montré une forte décalcification des os du carpe et une conservation relative de l'interligne articulaire; ce sont les réactions sérologiques, l'action rapide du traitement spécifique et sur les lésions et sur le Wassermann qui ont démontré l'origine syphilitique de l'affection.

Vu :

Le Doyen,
ROGER.

Le Président de Thèse,
Fernand BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :

Pour le Recteur de l'Académie de Paris,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université de Paris,
BRUNOT.

BIBLIOGRAPHIE

- ALAN H. TODD. — Syphilitic arthritis. *Brit. Journ. of Surg.*, oct. 1926.
- BAUMLER, DUFFIN et BARKLEY-HILL. — Bericht über die tempera-
tur bei syphilis. *Trans. of the Cl. Soc. London*, 1870, III,
p. 170.
- BEZANÇON et LABBÉ. — Du rôle de l'accoutumance dans le dé-
terminisme des localisations microbiennes. *Soc. Biol.*
1900, p. 31.
- BISSERIÉ. — Deux observations d'ostéo-arthrite syphilitique. *Th.*
Montpellier, 1923.
- BLUM (P.). — Arthralgies au cours de la syphilis. *Bull. Méd.*,
1923, n° 31.
- BONNET. — Pseudo rhumatisme syphilitique précoce simulant le
rhumatisme blennorrhagique. *Lyon Médical*, 1921.
- BOUILLY. — Comparaison des arthropathies rhumatismales, scro-
fuleuses et syphilitiques. *Th. Agrég. Paris*, 1878.
- BRANCA. — Précis d'histologie (J.-B. Baillière, édit.).
- BROCA. — Aspects cliniques de la syphilis articulaire. Origine
traumatique possible. *Presse Méd.*, 2 nov. 1921.
- Arthrites syphilo-traumatiques du genou. *Bull. Soc. méd.*
lég., oct. 1921, p. 139.
- CHABANIER et BLETON. — Synovo- et arthro-récidives. *Soc. biol.*,
13 avril 1918.
- CHEMINADE. — Arthrites syphilitiques secondaires. *Ann. Derm. et*
Syph., 1887, p. 642 et 1888, p. 466.
- CHEVALLIER et PAILLARD. — Ictère postarsenobenzolique. *Journ.*
Méd. fr., fév. 1920.
- CHOMEL. — Leçons de Clinique Médicale. Paris, 1887.
- DANLOS. — Arthrite syphilitique déformante. *Ann. Derm. et Syph.*,
1896, p. 1322.
- DAUZATS. — Etude sur l'arthrite syphilitique. *Th. Paris*, 1875.
- DELEARDE et BRETON. — Un nouveau cas de réaction méningée à li-
quide louche et aseptique, compliquée d'arthrite du coude
de même nature. *Echo Méd. du Nord*, 28 juillet 1908.

- DOHEN. — Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques chez l'enfant. Th. Paris, 1920.
- DREYFUS (G.) et BOURGEOIS (P.). — Formes cliniques de la syphilis articulaire de l'adulte. *Gaz. Hôp.*, 1925, numéros 31-33.
- DUFFIN. — Cases of syphilitic rheumatism. — *Trans. of the Cl. Soc. London*, 1869, p. 83.
- DUFOUR et DUCHON. — Deux nouveaux cas de rhumatisme chronique déformant polyarticulaire syphilitique. *Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 2 nov. 1923.
- DUFOUR, DUCHON et DURAND. — Rhumatisme chronique déformant polyarticulaire syphilitique très amélioré par le traitement bismuthé. *Ibid.*, 1923, 25 mai.
- DUFOUR et RAVINA. — Etiologie syphilitique du rhumatisme polyarticulaire chronique déformant. *Ibid.*, 1921, p. 1219.
- DUPONT et PEYRE. — Arthrite suppurée hérédo-syphilitique. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, Paris, 28 nov., 1923.
- FLANDIN. — Manifestations ostéo-articulaires tardives de la syphilis. *Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 14 déc., 1923.
- FOUQUET. — Traité de la syphilis articulaire. Th. Paris, 1905.
- FOURNIER (A.). — Traité de la syphilis (Rueff, édit., Paris, 1906).
- *Gaz. Hebdomadaire de Méd. et Chir.*, 1868, p. 646.
- Leçons cliniques, 1876-1882.
- FOURNIER (E.). — Hérédo-Syphilis (t. XX. Coll. Sergent. Maloine, édit.).
- FOURNIER et CROUZON. — Ténosites du poignet au cours d'une syphilis secondaire. *Soc. Derm. et Syph.*, 6 mars 1902.
- Arthropathies au cours de la syphilis secondaire. *Ibid.*
- GAILLARD. — Pseudo rhumatisme syphilitique. *Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 1906, 19 janvier.
- GASTOU. — Syphilis ostéo-articulaire. *Paris Médical*, 3 mars, 1923.
- GASTOU et TISSOT. — L'ictère syphilitique primaire. *Rev. fr. Derm. et Syph.*, 1925, n° 1.
- GAUCHER. — Arthropathies et syphilis héréditaire. *Journ. méd. int.*, Paris, 1906.
- GAUCHER, BABONNEIX et GASTOU. — Un cas de périostite gommeuse du coude droit. *Ann. Derm. et Syph.*, 1903, p. 324.
- GAUCHER et LOUSTE. — Arthrite syphilitique ayant passé à la chronicité. Guérison par le traitement. *Ibid.*, 5 nov. 1908.
- GÉRIN-ROZE. — *Union Médicale*, 1869.
- GIESS. — Histologische und Experimentelle Studien über Gelenkrankheiten. Gelenksyphilis. — *Deut. Zeitsch. f. chir.*, t. II, 1881, p. 589.

- GILBERT, BÉNARD et FATOU. — Un cas de polyarthrite hérédosyphilitique tardive. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 14 déc. 1923.
- GOUARIANTZ. — Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques. *Th. Lyon*, 1914.
- GOUGEROT. — Crises nitritoides viscérales. *Paris Méd.*, 1923, p. 393.
- GRIFFON. — Synovite blennorrhagique préurétritique. *Presse Méd.*, 1897, p. 21.
- GRIFFON et DEHÉRAIN. — Pseudo-rhumatisme syphilitique. Hydarthrose volumineuse. *Soc. méd. Hôp. Paris*, 15 janv. 1906.
- INGOLD. — Des manifestations rhumatoïdes dans le cours de la syphilis secondaire. *Th. Paris*, 1875.
- JANET et LÉVY-BING. — Traitement de la blennorrhagie et de ses complications par le néosalvarsan. *Gaz. Hôp.*, 1913, n° 21.
- LACAPÈRE et LAURENT. — Syphilis articulaire chez les indigènes au Maroc. *Paris Méd.*, 1919, 20 sept.
- LANCEREUX. — Mémoires à la Soc. de Chir., sept. 1863.
— Des arthrites syphilitiques. *Union Méd.*, 1873, p. 153.
- LEBAR et JOURDANET. — Chancre syphilitique compliqué d'arthrite suppurée de l'articulation phalango-phalangienne. *Soc. Derm. et Syph.*, 1913.
- LEMIERRE, KINDBERG et P. N. DESCHAMPS. — Un cas d'arthropathie tabétique inflammatoire. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1911, p. 1170.
- LEREDDE. — Le diagnostic de la syphilis et le traitement d'épreuve. *Bull. Soc. thérap.*, Paris, 1918-19, p. 157.
- LOUSTE. — Les arthropathies syphilitiques. *Journ. de Méd. et de Chir. prat.*, 10 juillet 1924.
- LOUSTE, THIBAUT et Mlle TISSERAND. — *Bull. Soc. Derm. et Syph.*, 8 juillet 1926.
- MARFAN. — *Soc. Pédiatrie de Paris*, 20 mars. 1906.
- MELCHIOR ROBERT. — Nouveau traité des maladies vénériennes, 1861.
- MÉNARD et MOZER. — Recherche de la syphilis dans les affections ganglionnaires et ostéo-articulaires. *Journ. de Méd. de Paris*, 1923, p. 85.
- MÉRICAMP. — Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques tertiaires. *Th. Paris*, 1882.
- MILIAN. — *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 14 déc. 1923.
- MONTPELLIER et LACROIX. — *Ann. mal. vén.*, 1922, p. 294.
- MORESTIN. — Syphilis articulaire. *Arch. gén. de Méd.*, 1901, p. 101.
- MOZER. — Tableau de la réaction de Wassermann dans la syphilis ostéo-articulaire. *Th. Paris*, 1907.

- NEISSER. — Die experimentelle Syphilisforschung nach ihrem gegenwärtigen Stande. In Soc. allemande de Derm., 9^e Congrès, Berlin, 1906.
- NUMA-BÈS. — De l'érythème noueux dans certaines maladies. Th. Paris, 1872.
- PAGNIEZ et COSTE. — Arthropathie tabétique suppurée par infection secondaire. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1923, p. 1473.
- PANAS. — *Dict. méd. et chir. prat.*, article : articulations.
- PARROT. — *Arch. de Physiologie*, 1872.
- PEKLE. — Des arthropathies syphilitiques précoces. Th. Paris, 1894.
- PILLON. — Formes cliniques de la syphilis articulaire. Th. Lyon, 1914.
- PLATEAU. — Sur les épanchements articulaires dans la syphilis. Th. Paris, 1877.
- QUEYRAT. — *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1907, p. 764.
- RIBADEAU-DUMAS et P. CAMUS. — Ostéoarthrites purulentes et hérédo-syphilis du nourrisson. *Soc. de Pédiatrie*, 1908, p. 225.
- RICHET (A.). — Mémoire sur les tumeurs blanches. *Acad. Méd.*, 1853.
- ROMNICEANO. — Congrès Dermat., Vienne, 1892.
- ROUGIER. — Etude des épanchements articulaires dans l'hérédo-syphilis. Th. Paris, 1924.
- SALOMON. — Arthrites multiples suppurées à pneumocoques chez un syphilitique héréditaire. *Soc. Péd.*, 17 fév., 1903.
- SCHULLER (Max). — *Arch. f. klin. chir.*, 1883, résumé dans *Gaz. Hebd.*, 1882, p. 725.
- SINGER. — Ueberluetische Rheumatoïde. *Wien. Méd. Woch.*, 1903, p. 1001.
- SOMMA. — *Giornale internazionale delle scienze mediche* (1882, p. 834). Les observ. sont traduites in these Saucet : Arthropathies de la syphilis héréditaire. Bordeaux, 1904.
- STEINBERG. — Du pseudo-rhumatisme syphilitique. Th. Paris, 1898.
- TOURNEUX. — Rhumatisme syphilitique. *Province méd.*, 24 déc., 1910.
- TOURNIER. — Rhumatisme articulaire subaigu au cours de la période secondaire de la syphilis. *Ann. Derm. et Syph.*, 1889, p. 768.
- TROST. — Beiträge zu den Erkrankungen der Gelenke und Schleimbeutel im Verlaufe der Syphilis. *Wien, med. Woch.*, 1889, p. 537.

- VAFFIER. — Du rhumatisme syphilitique. Th. Paris, 1875.
- VAQUEZ et LAUBRY. — Arthrites blennorrhagiques. Considérations étiologiques et bactériologiques. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1902, p. 1008.
- VERNEUIL. — Syphilis des bourses séreuses et hydarthrose tertiaire. *Gaz. Hebd.*, janv. 1873.
- VINAY. — *Ann. Derm. et Syph.*, 1879-80, p. 935.
- VOISIN. — Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques. Th. Paris, 1875.
- VOPARIL. — Ein Fall von citriger Gelenkenhungung im Sekundaer stadium der Syphilis. *Wien. Med. Woch.*, 1889, p. 169.
- WEIL (A.). — Un cas de manifestations articulaires ayant simulé le rhumatisme articulaire aigu au cours d'une syphilis secondaire. *Ann. med. vén.*, 1908, p. 291.
- WEIL (M. P.). — Hydarthrose syphilitique. *La Médecine*, 1924.
- WEIL (M. P.). et BOURGEOIS (P.). — Quelques aspects cliniques des manifestations articulaires de la syphilis tardive. *Presse Méd.*, 1925, p. 539.
- ZIEHL. — Syphilis unter dem Bilde des acuten Gelenkrheumatismus. *Deut. Med. Woch.*, 1884, n° 28.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION. — Intérêt pratique et théorique de la question.	9
CHAPITRE I. — Cadres.....	15
Rappel d'historique.....	16
Classification	17
CHAPITRE II. — Observation.....	23
Examen de la radiographie.....	26
CLINIQUE.	
CHAPITRE III. — Syphilis acquise. — Les arthralgies.....	29
CHAPITRE IV. — Monoarthrites aiguës..	38
CHAPITRE V. — Hydarthroses aiguës..	45
CHAPITRE VI. — Polyarthrites	48
CHAPITRE VII. — Arthrites suppurées..	57
CHAPITRE VIII. — Formes évolutives....	61
CHAPITRE IX. — Syphilis héréditaire.....	65
CHAPITRE X. — Diagnostic. — Positif.....	70
— Différentiel	76
— Etiologique	87
Pathogénie	89
Traitement	90
CONCLUSIONS	91
BIBLIOGRAPHIE	93

Imprimerie LABOR, 8, Bd de Vaugirard, Paris (15^e)
